(Te) lang in de tbs?

Een onderzoek naar patiënten die meer dan 15 jaar in de tbs-behandeling zijn.

S. Lammers

M. Vrinten

H. Nijman

5 januari, 2014

Begeleidingscommissie

- de heer prof. dr. J.H. Kamphuis (Universiteit van Amsterdam, voorzitter);
- de heer dr. M. Barendregt (Stichting Benchmark GGZ);
- mevrouw drs. E.M.H. van Dijk (Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum);
- de heer drs. A.J. de Groot (Forensisch Psychiatrisch Centrum de Rooyse Wissel) – tot 27 maart 2014;
- mevrouw dr. W. Smid (Van der Hoeven Kliniek);
- mevrouw dr. N.H. Tenneij (Ministerie van Veiligheid en Justitie, Dienst Justitiele Inrichtingen);
- mevrouw dr. A.A.G. Verwaaijen (Forensisch Psychiatrisch Centrum de Rooyse Wissel) – vanaf 27 maart 2014.

Inhoud

		Pag.
Samenvatting		4
I. Inleiding		*7*
II. Vraagstellingen		*9*
III. Methoden	*III.1 De onderzochte (ex-)tbs-patiënten*	*13*
	III.2 Bronnen en instrumenten	*14*
	III.3 Procedure	*16*
IV. Resultaten	*IV.1 Basiskenmerken van langverblijvende tbs-gestelden in vergelijking met uitgestroomde patiënten, patiënten in de longstay en patiënten die vijf tot tien jaar in de tbs verblijven*	*17*
	IV.1.1 Conclusie paragraaf IV.1	*19*
	IV.2 Recidiverisico van langverblijvende tbs-gestelden in vergelijking met andere categorieën tbs-gestelden	*20*
	IV.2.1. Conclusie paragraaf IV.2	
	IV.3 Vergelijking van de langverblijvende tbs-gestelden met de gestratificeerde vergelijkingsgroep van patiënten die vijf tot tien jaar in de tbs verkeren	*23*
	IV.3.1 Diagnostiek	*24*
	IV.3.2 Ingeschat huidig risiconiveau	*24*
	IV.3.3 Aantal klinieken	*25*
	IV.3.4 Intrekken van verlof en incidenten in de afgelopen twee jaar	*25*
	IV.3.5 Houding ten opzichte van de behandeling	*25*
	IV.3.6 Conclusie paragraaf IV.3	*25*
	IV.4 Uitstroom, doorstroom en perspectieven voor behandeling	*26*
	IV.4.1 Huidig verlofniveau en volgende verlofstap	*26*
	IV.4.2 Waarom heeft de langverblijvende tbs-gestelde geen hoger verlofniveau?	*26*
	IV.4.3 Waarom heeft de langverblijvende tbs-gestelde geen longstay?	*26*
	IV.4.4. Verwachtingen met betrekking tot uit- en doorstroom en behandelperspectieven	*27*
	IV.4.5 Conclusie paragraaf IV.4	*28*
	IV.5 Subgroepen onder langverblijvende tbs-patiënten nader bekeken	*28*
	IV.5.1 Ex-longstay-patiënten	*28*
	IV.5.2 Seksueel delinquenten	*31*
	IV.5.3 Langverblijvenden met gering perspectief op door- of uitstroom	*33*
	IV.6 Oplossingen volgens de behandelaren	*35*
	IV.7 Expertmeeting	*38*
V. Discussie en conclusie		*39*
	V.1 Beknopte beantwoording van de onderzoeksvragen	*39*
	V.2 Sterke en zwakke punten van het onderzoek	*41*
	V.3 Overige discussiepunten	*42*
	V.4 Conclusie	*45*
VI. Referenties		*46*
Bijlage 1: Vragenlijst voor behandelaars		*48*
Bijlage 2: Schaal 'Houding ten opzichte van behandeling'		*55*
Dankwoord		*56*

Samenvatting

Op 16 september 2013 waren er 97 tbs-patiënten die meer dan 15 jaar in de tbs verkeerden. In dit onderzoek worden kenmerken en achtergronden van deze groep onderzocht, en wordt antwoord gezocht op de vraag hoe het komt dat deze patiënten zo lang een tbs-behandelplaats bezetten en welke oplossingen mogelijk zijn om de doorstroom, dan wel uitstroom, van deze groep langverblijvende tbs-patiënten te bevorderen. Volgens de gegevens van het tbs-registratiesysteem MITS is de gemiddelde langverblijvende patiënt een mannelijke patiënt van ongeveer 50 jaar met een Nederlandse etniciteit, die gemiddeld 5 jaar eerder dan andere groepen, rond zijn 30e levensjaar, in de tbs is opgenomen. In de helft van de gevallen gaat het om seksueel delinquenten. De behandelaren, die voor 79% van deze patiënten een vragenlijst hebben ingevuld, stellen dat al deze patiënten langdurig toezicht en controle nodig hebben, maar dat slechts een minderheid (17%) een hoge mate van beveiliging nodig heeft. Bij ongeveer 70% van hen is volgens de behandelaren het plafond van de behandeling bereikt en is alleen risicomanagement aan de orde. Voor ruim 40% van de patiënten wordt de longstay ongeschikt geacht vanwege de hoge beveiliging en de geringe verlofmogelijkheden. Driekwart van deze patiënten kan in de toekomst naar verwachting van de behandelaren alsnog naar een FPA/FPK, een (forensische) RIBW of een andere voorziening. Een kwart lijkt dus om diverse redenen niet terecht te kunnen in de bestaande voorzieningen. Als voornaamste bezwaar voor doorstroming naar de GGz wordt genoemd dat de GGz onvoldoende is gericht op risicomanagement.

Er hebben diverse vergelijkingen plaatsgevonden tussen de 97 langverblijvende tbs-gestelden en andere groepen (ex-) tbs'ers. Op diagnostische kenmerken, verlofniveau en gedrag en houding in de kliniek zijn langverblijvende tbs-gestelden vergeleken met een groep patiënten die op het moment van onderzoek vijf tot tien jaar in tbs-behandeling waren. Daarnaast is de groep langverblijvenden vergeleken met de in de laatste 4.5 jaar uitgestroomde patiënten en met de huidige longstay-patiënten, op hun basisrecidiverisico. Het basisrisico is het recidiverisico vóórdat de behandeling gestart werd; dit werd bepaald aan de hand van de historische subschaalscores op de risicotaxatie-instrumenten die voorhanden waren in landelijke database (LDR) van het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP).

Zoals verwacht, bleek de groep langverblijvende tbs-gestelden als geheel een hoger basisrisico te hebben dan de patiënten die eerder waren uitgestroomd. Met betrekking tot verschillen tussen langverblijvenden en korter verblijvenden bleek er enig verschil in diagnostisch opzicht: de psychopathologie van de langverblijvenden werd door de behandelaren vaker als 'ernstiger dan bij de gemiddelde tbs' er' gekenschetst. Qua gedrag en houding in de kliniek bleken er echter geen substantiële verschillen te bestaan tussen de langverblijvenden en de korter verblijvenden.

Voorts zijn drie subgroepen van langverblijvende tbs-gestelden, die elkaar deels overlappen, nader bestudeerd. De eerste subgroep bestond uit degenen die eerder een longstay-status gehad hadden maar weer op een reguliere tbs-behandelplaats waren teruggekeerd. De tweede subgroep bestond uit de seksueel delinquenten -die onder de langverblijvende tbs-gestelden oververtegenwoordigd zijn- en de derde uit degenen die volgens de behandelaren ook momenteel nog uitermate weinig perspectief op uit- of doorstroom hebben.

De ex-longstaypatiënten (n=36) en degenen die niet eerder in de longstay hadden verbleven (n=43) - in dit rapport ook wel aangeduid als de 'continu langverblijvende tbs-patiënten'- bleken zoals verwacht in het opzicht van diagnostiek en recidiverisico enkele substantiële verschillen te vertonen. De ex-longstaypatiënten leken gemiddeld minder ernstige (As-I) psychiatrische problematiek te hebben dan de continu langverblijvenden, maar meer te kampen met antisociale problematiek zoals blijkend uit hogere scores op de risicotaxatie-(sub)schalen. Ook het feit dat de ex-longstaypatiënten op jongere leeftijd voor het eerst veroordeeld zijn dan de continu langverblijvenden wijst op een hoger recidiverisico, aangezien de leeftijd waarop de eerste veroordeling plaatsvond een van de voorspellers van recidive is. Bij de continu langverblijvende tbs-patiënten was het basisrisico nauwelijks hoger dan bij andere groepen tbs-patiënten het geval is, maar zij leken ernstigere (As-I) psychiatrische problemen te hebben. Ze werden door de behandelaren voor ongeveer 70% gekenschetst als 'zeer kwetsbare patiënt' en werden voor bijna 70% als psychotisch/schizofreen en/of zwakbegaafd aangeduid. Een aanwijzing dat het om ernstiger psychiatrische patiënten gaat is ook het feit dat het aantal jaren tussen de eerste veroordeling en de aanvang van de tbs bij de continu verblijvenden kleiner was.

De seksueel delinquenten in de groep langverblijvende tbs-gestelden waren zelden psychotisch, maar bijna de helft van hen was zwakbegaafd. Ze veroorzaakten gemiddeld genomen minder incidenten in de kliniek dan andere patiënten en hun houding ten opzichte van behandeling was niet minder positief dan die van andere patiënten. Hun doorstroommogelijkheden worden door de behandelaren niet slechter ingeschat, maar van driekwart van hen gezegd dat ze voldoen aan de voorwaarden voor longstay. Hun basisrisico ligt (veel) hoger dan dat van de uitgestroomde patiënten, en ook hoger dan dat van de vergelijkingsgroep van korter verblijvende patiënten, maar lager dan dat van de huidige longstay-patiënten. Bij de beslissing tot uitstroom lijkt het basisrisico bij seksueel delinquenten zwaarder te wegen dan bij niet-seksueel delinquenten.

Binnen de 97 langverblijvende tbs-patiënten werden tot slot 30 patiënten geïdentificeerd met een uitermate gering perspectief op uitstroom uit de tbs, of op doorstroom vanuit de reguliere tbs-behandeling naar resocialisatieplaatsen binnen de forensische psychiatrie of GGZ-instellingen. Deze 30 patiënten onderscheiden zich alleen van de patiënten die wel redelijk perspectief hebben op door- of uitstroom met betrekking tot gedrag en houding ten opzichte van de behandeling.

Behandelaren ervaren bij hen een gebrek aan behandelperspectief onder meer omdat ze onvoldoende meewerken aan behandelingen en volgens hen een hoger verlofniveau niet aankunnen. Concluderend kan gesteld worden dat voor een substantieel deel van de onderzochte groep van 97 langverblijvende tbs-patiënten langdurig toezicht en een sterk accent op risicomanagement gedurende langere termijn noodzakelijk lijkt te zijn, maar tbs-longstay met een maximaal beveiligingsniveau en zeer beperkte verlofmogelijkheden wordt door behandelaren vaak niet aangewezen en passend geacht. Doorstroming naar de GGZ zien de behandelaren echter vaak ook niet als verantwoord omdat er in de reguliere GGZ te weinig accent zou liggen op (langdurig) risicomanagement. Als mogelijke oplossing wordt door behandelaren van tbs-klinieken geopperd dat de forensische psychiatrie en de GGZ gezamenlijk plaatsen voor deze patiënten kunnen creëren om daarmee het risicomanagement dat deze patiënten nodig hebben te borgen. In een expertmeeting met deskundigen uit onder andere de GGz, het forensische veld en de reclassering werd echter opgemerkt dat de doorstroommogelijkheden van de tbs naar diverse vervolgvoorzieningen de laatste jaren sterk zijn toegenomen. Ook lijkt de uitstroom uit de tbs in de laatste jaren te zijn verbeterd. De restgroep van langverblijvende tbs-gestelden zou, volgens aanwezigen op de expertmeeting, op casusniveau door externe deskundigen geëvalueerd kunnen worden, zodat passende en verantwoorde vervolgtrajecten voor deze tbs-patiënten geadviseerd kunnen worden.

I. **Inleiding**

TerBeschikkingStelling (tbs) kan door de rechter worden opgelegd aan plegers van ernstige delicten, bij wie tijdens het plegen van het delict sprake was van een gebrekkige ontwikkeling der geestesvermogens of geestelijke stoornis. De tbs-maatregel heeft tot doel de maatschappij te beveiligen door individuen die delicten pleegden waarbij psychiatrische problematiek een rol speelde op te nemen, om vervolgens middels behandeling te trachten het recidivegevaar te verminderen. De tbs-maatregel beoogt dus tot resocialisatie te komen van psychiatrische patiënten die tot tbs worden veroordeeld, maar de uiteindelijke opheffing van de tbs-maatregel is gekoppeld aan een substantiële vermindering van de kans op herhaling van het criminele gedrag. In zogenaamde tbs-verlengingszittingen beoordeelt de rechter om de een of twee jaar of beëindiging van de tbs verantwoord en geëigend is. Dit gebeurt op basis van de behandelvooruitgang en de ontwikkelingen van het recidiverisico zoals onder andere gerapporteerd door de behandelaars van de patiënt. Door toepassing van tbs, waarbij herhaaldelijke verlenging van de maatregel bij niet verminderende recidiverisico's mogelijk is, kan de maatschappij beschermd worden tegen gevaarlijke, geestelijk gestoorde delinquenten.

Het gevoel van veiligheid in de maatschappij is, begrijpelijkerwijs, geschokt als een ex-tbs-patiënt na jarenlange intensieve behandeling opnieuw een ernstig delict pleegt. Het beoordelen van de kans op recidive, ook wel aangeduid als risicotaxatie, is dan ook een van de belangrijkste taken die professionals, werkzaam in de tbs-sector, hebben (zie bijvoorbeeld Hildebrand, Hesper, Spreen & Nijman, 2005). Hoewel de recidivekansen na beëindiging van de tbs-behandeling lager liggen dan de recidivekansen onder gedetineerden die uit een reguliere gevangenis worden ontslagen (zie bijvoorbeeld Wartna, 2009) , ligt er een enorme druk op het tbs-systeem, en alle daarbij betrokken partijen, om risico's uit te sluiten dan wel tot een absoluut minimum te reduceren. Dit kan leiden tot een terughoudend verlofbeleid en een toenemende intramurale tbs-behandelduur. Inderdaad geven professionals uit het forensische veld aan dat zij: "de maatschappelijke onrust/commotie en de angst om risico's te nemen als belangrijkste verklaring voor de toename van de verblijfsduur zagen. Hierbij werden onrust en angst bij alle partijen genoemd: de samenleving, politiek, fpc's, behandelverantwoordelijken en reclassering" (Marleen Nagtegaal in een interview in 2010; zie www.EFP.nl). Daarnaast kregen risicofactoren voor herhaald delictgedrag een belangrijkere rol toebedeeld in tbs-beleid, vooral bij de verlofaanvragen. Ook de professionalisering van de risicotaxatiepraktijk in de tbs-sector, zoals de ontwikkeling van een ongestructureerd klinisch oordeel naar een gestructureerd professioneel oordeel met behulp van risicotaxatie-instrumenten, heeft geleid tot meer nadruk op het voorkomen van recidive (Nagtegaal, 2013, p. 56). Inderdaad is de

gemiddelde tbs-behandelduur toegenomen van gemiddeld 7 jaar voor tbs-patiënten die in 1990 instroomden naar gemiddeld 9,6 jaar voor tbs-patiënten waarvoor de behandeling in 2001 van start ging (Nagtegaal, 2013). Nachtegaal, van der Horst en Schönberger (2011) constateerden parallel hieraan dat de uitstroom in 6 jaar was teruggevallen van 60% in de 6 jaar daarvoor tot 19% de laatste 6 jaar. In het onlangs gepresenteerde 'masterplan' van de Dienst Justitiële Inrichtingen (Dienst Justitiële Inrichtingen, 2013) wordt dan ook (onder andere) ingezet op het verkorten van de verblijfsduur in de tbs. Hierbij is het de bedoeling dat de gemiddelde verblijfsduur in de tbs vanaf 2013 elk jaar met een half jaar wordt verminderd. De tbs-klinieken hebben zich aan dit plan gecommitteerd.

Een van de groepen die de behandelduur in de tbs 'opjaagt' zijn de patiënten die al langer dan 15 jaar in tbs-behandeling zijn. In het huidige onderzoek wordt, in opdracht van het Wetenschappelijk Onderzoeks- en DocumentatieCentrum (WODC) van het Ministerie van Justitie, onderzocht wat de kenmerken zijn deze langverblijvende tbs-patiënten, welke oorzaken aan de lange behandelduur ten grondslag liggen bij deze groep en welke oplossingen mogelijk zijn. Een groep van 97 mannelijke tbs-patiënten die in 2013 meer dan 15 jaar in tbs-behandeling waren werd hiervoor op diverse kenmerken vergeleken met andere groepen van tbs-gestelden, namelijk de onlangs uit de tbs uitgestroomde tbs-patiënten, de longstay-patiënten en een vergelijkingsgroep van tbs-patienten die vijf tot tien jaar in de tbs verkeert. In het kader van dit onderzoek werden ook behandelaren uit de tbs-sector en anderen deskundigen bevraagd over welke specifieke problemen volgens hen een rol spelen bij deze lange behandelduur, en nog belangrijker, welke oplossingen zij zien om voor deze groep langverblijvenden in de toekomst alsnog te komen tot uitstroom uit de tbs.

Dit rapport gaat in hoofdstuk II nader in op de verwachtingen en vragen die het uitgangspunt waren van het onderzoek, waarna in hoofdstuk III de onderzoeksmethoden en de voor het onderzoek gebruikte bronnen worden beschreven. Deze bronnen bestaan uit de zogenaamde MITS-gegevens van het Ministerie van Justitie, de landelijke risicotaxatie gegevens zoals verzameld in de Landelijke Database Risicotaxatie (LDR) van het Expertise Centrum Forensische Psychiatrie (EFP), en gedetailleerde informatie betreffende de 97 langverblijvende tbs'ers zoals verkregen aan de hand van vragenlijsten die door behandelaren zijn ingevuld.

In hoofdstuk IV worden vervolgens de resultaten van het onderzoek beschreven waarbij op de eerste plaats wordt ingegaan op de demografische, delict- en leeftijdsvariabelen van de 97 langverbijvende tbs-gestelden, vergeleken met de andere groepen tbs-patiënten (paragraaf IV.1). Het recidiverisico van de langverblijvende tbs-gestelden (in termen van risicotaxatiescores) in vergelijking met andere categorieën tbs-gestelden komt aan de orde in paragraaf IV.2. Paragraaf IV.3 beschrijft vervolgens de verschillen en overeenkomsten van de lang in tbs-behandeling zijnden met de vergelijkingsgroep van tbs-patiënten die vijf tot tien jaar in de tbs verblijven. Paragraaf IV.4

beschrijft de perspectieven van de langverblijvende tbs-gestelden voor wat betreft uit- en doorstroom en de perspectieven voor verdere behandeling. Paragraaf IV.5 rapporteert de verschillen tussen verschillende (elkaar overlappende) subgroepen onder de langverblijvende tbs-gestelden. Dit zijn op de eerste plaats degenen die eerder een longstay-status hebben gehad versus degenen die continu een behandelplaats bezet hebben. Op de tweede plaats betreft dit de seksueel delinquenten. Seksueel delinquenten stromen procentueel minder vaak uit uit de tbs dan andere groepen. In de explorerende interviews bij aanvang van het project werden zij ook vaak genoemd als groep voor wie de uit- en doorstroom moeilijk is. Op de derde plaats werd aan de hand van de gegevens een groep geïdentificeerd voor wie de uit-en doorstroomperspectieven zeer klein leken te zijn. In paragraaf IV.6 volgt een verslag van de oplossingen die behandelverantwoordelijken zien voor de lange duur van de tbs- behandeling voor de onderzochte groep.

In hoofdstuk V volgt een samenvatting en kritische beschouwing van de resultaten, waarbij de vraag aan de orde komt wat mogelijk oorzaken zijn voor de lange duur van de tbs voor de onderzochte groep. Daarnaast komen op basis van de empirische resultaten en de informatie verkregen uit de interviews met professionals uit het tbs-veld en andere betrokken partijen, mogelijke oplossingen voor de problematiek van de langverblijvende tbs-gestelden aan bod. Dit overzicht van mogelijke oplossingen is later aangevuld met reflecties en adviezen die in een expertmeeting met vertegenwoordigers van de diverse partijen die bij de oplegging en uitvoering van de tbs-maatregel betrokken zijn, naar voren werden gebracht.

Gehoopt wordt dat dit onderzoek, en de daaruit voorvloeiende aanbevelingen en suggesties, een bijdrage kunnen leveren aan het terugbrengen van het aantal patiënten dat zeer langdurig in tbs-behandeling is.

II. Vraagstellingen

Dit onderzoek betreft de vraag wat de kenmerken zijn van de groep tbs-patiënten die 15 jaar of langer in de tbs verblijven, en wat mogelijke oorzaken van dit langdurig verblijf kunnen zijn. Het gaat om de patiënten die op 15 september 2013 een tbs-behandelplaats bezetten, dus (althans op het moment van onderzoek, mogelijk wel eerder) geen longstay-status hadden, noch op proefverlof waren of een voorwaardelijke beëindiging van de tbs hadden. Om zicht te krijgen op de problematiek van langverblijvende tbs-gestelden heeft er bij aanvang van het project een vooronderzoek plaatsgevonden, bestaande uit oriënterende interviews met behandelaren van tbs-patiënten uit

verschillende klinieken die op dat moment reeds langer dan 15 jaar in behandeling waren. Onder meer op basis van het materiaal uit deze interviews zijn een aantal verwachtingen geformuleerd.

De vraag is allereerst of de groep patiënten die meer dan 15 jaar in tbs-behandeling is qua demografische kenmerken, kenmerken van het delict en justitiële geschiedenis afwijken van andere groepen (ex-)tbs-patiënten. Vervolgens wordt de variabele ‘risiconiveau’ onderzocht. Zoals in de Inleiding besproken speelt het recidiverisico vermoedelijk een belangrijke rol bij langdurige tbs. De verwachting is dat langverblijvende tbs-gestelden een relatief hoog recidiverisico hebben. Dit wil zeggen dat zij *hoger* zullen scoren op een maat voor risiconiveau dan uitgestroomde tbs-patiënten en eveneens *hoger* dan patiënten die korter (vijf tot tien jaar) in de tbs verkeren. Aangezien de meest delictgevaarlijke patiënten in de longstayvoorziening lijken terecht te komen (Reitsma, Walberg, Jongebreur, & Schrama, 2013), zullen langverblijvenden echter naar verwachting *lager* op risiconiveau scoren dan de patiënten in de longstay.

Vóór het toekennen van proefverlof vindt in de meeste gevallen een tussenstap plaats. Om in deze zogenaamde resocialisatiefase te komen heeft de patiënt een hoger verlofniveau nodig. Hij krijgt meer vrijheden, zodat hij kan leren weer in de maatschappij te functioneren. Verondersteld kan worden dat patiënten die langdurig in de tbs blijven minder goed in staat zijn tot dit leerproces. Onderzocht wordt daarom welk verlofniveau de betrokken patiënten hebben, waarom ze geen hoger verlofniveau hebben, en of ze ernstiger psychiatrische problematiek en meer cognitieve beperkingen laten zien dan andere, korterverblijvende, tbs-patiënten.

Verder is het gedrag in de kliniek en de houding ten opzichte van de behandeling van deze patiënten relevant. Is een achtergrond van het niet doorstromen het feit dat ze meer incidenten veroorzaken en dat hun gedrag meer problemen geeft dan dat van andere (korterverblijvende) tbs-patienten? Werken ze minder goed mee aan hun behandeling?

Een verdere vraag die van belang is hoe het komt dat deze patiënten die al zo lang in de tbs verkeren toch niet zijn doorgestroomd naar de longstayvoorziening die speciaal voor langdurige patiënten gecreëerd is.

De toekomstperspectieven van de groep langverblijvende tbs-gestelden en de mogelijke oplossingen voor de problematiek in kwestie is een belangrijke vraag in dit onderzoek. Is er nog (behandel)perspectief voor deze patiënten, komen ze wellicht toch in de longstay terecht, zijn er uitstroommogelijkheden, welke zijn dat, en op welke termijn is uitstroom mogelijk? Wat zijn er voor hindernissen in dit opzicht? Wat kan een oplossing zijn voor de groep langverblijvende tbs-gestelden in het algemeen?

Last but not least lijkt het relevant naar mogelijke subgroepen te kijken. De groep langverblijvende tbs-gestelden bestaat voor een deel uit patiënten die eerder wel in de longstay hebben gezeten (Reitsma et al. 2013). Gezien het feit dat de longstay een strenge beveiliging en zeer beperkte

verlofmogelijkheden kent, kan men veronderstellen dat patiënten met veel antisociale kenmerken, een hoog recidiverisico en relatief minder ernstige psychiatrische problematiek eerder in de longstay terecht zullen komen. Daarnaast is het aannemelijk dat, gezien de maatschappelijke gevoeligheid en risico's, men met de groep van seksueel delinquenten extra voorzichtig is. Zijn daar aanwijzingen voor? Tenslotte lijkt het goed om te onderzoeken of er een categorie langverblijvende tbs-gestelden is voor wie er ook op langere termijn geen perspectief op uitstroom lijkt te zijn, en wat de kenmerken zijn van deze specifieke subgroep.

Deze overwegingen hebben geleid tot de volgende vraagstellingen (zie ook het stroomschema op pagina 12):

1. Wat zijn de basiskenmerken van langverblijvende tbs-gestelden, en zijn er in dit opzicht verschillen met andere categorieën (ex-)tbs-patiënten?
   De basiskenmerken die onderzocht worden zijn gegevens uit het MITS-systeem (Management Informatiesysteem voor de Tbs, zie par. III.2): leeftijdgegevens, gegevens over aanvang en duur tbs, etniciteit, type delict, voorafgaande justitiële geschiedenis, ruwe classificatie van diagnose en de mate van beschikbaarheid van risicotaxatiescores. Op deze kenmerken worden de langverblijvende tbs-gestelden vergeleken met uitgestroomde tbs-patiënten, huidige longstay-patiënten en andere, korter in behandeling zijnde tbs-patiënten (zie par. III.2 voor een overzicht over de onderzochte groepen).
2. Zijn de scores op recidiverisico bij langverblijvende tbs-gestelden hoger dan die van uitgestroomde tbs-patiënten en dan die van tbs-patiënten die korter in tbs-behandeling zijn, en lager dan van de huidige longstay-patiënten?
   De scores op recidiverisico worden bepaald aan de hand van het 'basisrisico', de historische subschaalscores van de in de Landelijke Database Risicotaxatie (LDR, zie par. III.3) voorhanden zijnde risicotaxatie-instrumenten.

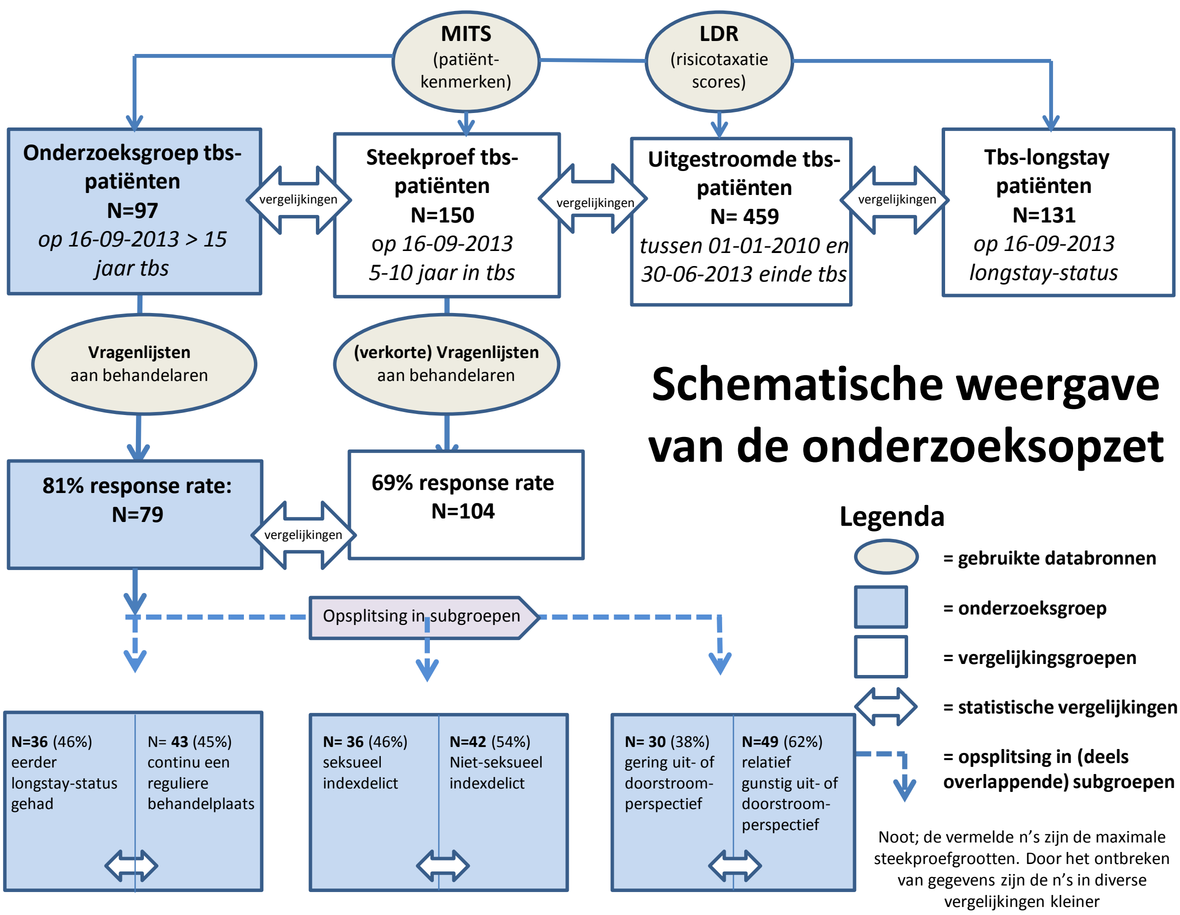
De volgende vraagstellingen worden onderzocht met behulp van vragenlijsten ingevuld door behandelverantwoordelijken van de groep langverblijvende tbs-gestelden en van een steekproef van tbs-patiënten die vijf tot tien jaar in de tbs verkeren.

3. Wat zijn de verschillen tussen langverblijvende tbs-gestelden en korter verblijvende tbs-patiënten met betrekking tot:
   - Diagnoses op As-I en As-II (DSM)
   - Door behandelaren ingeschat huidig risiconiveau
   - Huidig verlofniveau

- Gedrag tijdens de behandeling: hoeveelheid en soort incidenten de afgelopen twee jaar, intrekking van de verlofmarge in de afgelopen twee jaar
- Houding ten opzichte van de tbs-behandeling

4. Hoe worden de huidige perspectieven voor uitstroom naar einde tbs of doorstroom naar longstay van de langverblijvende tbs-gestelden door de behandelaren ingeschat?
5. Wat zijn de verschillen binnen verschillende subgroepen langverblijvende tbs-gestelden:
   5.1 Ex-longstay-patiënten versus de continu langverblijvende tbs-gestelden
   5.2 Seksueel delinquenten versus niet-seksueel delinquenten
   5.3 De groep voor wie weinig perspectief op door- of uitstroom bestaat versus de groep voor wie er wel redelijk perspectief op door- of uitstroom bestaat?
6. Wat zijn mogelijke oplossingen om langverblijvende tbs-gestelden op verantwoorde wijze te kunnen laten door- of uitstromen?

Figuur 1. Stroomschema. Alleen mannelijke tbs-patiënten zijn in de onderzoeksgroepen meegenomen.



III. Methoden

III.1. De onderzochte (ex)-tbs-patiënten

In het onderzoek werden vier groepen tbs- en ex-tbs-patiënten betrokken.

1. De onderzoeksgroep betreft de langverblijvende tbs-gestelden. Dit waren de 97 tbs-patiënten die op 16 september 2013 langer dan 15 jaar in tbs-behandeling waren. Voor n=79 (81%) werden vragenlijsten ingevuld door de behandelverantwoordelijken. Het ging om patiënten die op dat moment een behandelplaats bezetten. Dit houdt in dat patiënten met een longstay-status hier niet bij hoorden, evenmin als patiënten met proefverlof of een voorwaardelijke beëindiging. Tbs-patiënten die na een verblijf in een longstay-voorziening waren teruggekeerd naar een regulier intramurale tbs-behandelplaats en in totaal langer dan 15 jaar in de tbs verbleven behoorden wel tot de onderzoeksgroep.
2. De uitgestroomde patiënten die tussen 01-01-2010 en 30-06-2013 een onvoorwaardelijke beëindiging van de tbs hebben gehad. Dit waren 502 patiënten. Alleen de mannelijke patiënten (N= 459) zijn in het onderzoek meegenomen. Voor N=459 - 358 van deze patiënten (afhankelijk van het soort variabele) werden vanuit het informatiesysteem MITS (zie par. III.3) aanvullende gegevens verkregen.
3. De 131 tbs-patiënten die op 16 september 2013 een longstay-status hadden. Voor N=129 – 116 personen (afhankelijk van het soort variabele) werden aanvullende gegevens vanuit het informatiesysteem MITS verkregen.
4. Een steekproef van 150 tbs-patiënten die op 16 september 2013 vijf tot tien jaar in de tbs verbleven. Voor N=104 (69%) werd een vragenlijst ingevuld door de behandelverantwoordelijke. De steekproef was gestratificeerd op het aantal seksueel delinquenten. Deze laatsten bleken namelijk, oververtegenwoordigd te zijn onder langverblijvende tbs-gestelden. Om de groepen goed te kunnen vergelijken werd de steekproef derhalve samengesteld met procentueel evenveel seksueel delinquenten als in de groep langverblijvende tbs-gestelden.

III.2. Bronnen en instrumenten

Voor het onderzoek zijn drie bronnen van data gebruikt.

1. Op de eerste plaats de gegevens van het MITS (Management Informatie Systeem voor de Tbs). In dit systeem van het Ministerie van Justitie, worden de basisgegevens van tbs-patiënten

opgeslagen. Hierin staan onder andere demografische data, de leeftijd bij de eerste veroordeling en de leeftijd bij de oplegging van de tbs-maatregel, een ruwe indeling in diagnose (psychotisch versus persoonlijkheidsgestoord; zwakbegaafd of normaal begaafd), leeftijd en datum van opname in een tbs-kliniek en de verlofstatus. Opgevraagd werden de gegevens van alle hierboven genoemde onderzochte groepen patiënten.

2. Op de tweede plaats de risicotaxatiegegevens in het landelijk LDR-systeem (Landelijke Database Risicotaxatie) van het Expertise Centrum Forensische Psychiatrie (EFP).

De instrumenten waarover gegevens zijn verstrekt waren:

De Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R; Hare, 2003; Nederlandse vertaling: Vertommen, Verheul, de Ruiter, & Hildebrand, 2002). Deze lijst is bedoeld voor het diagnosticeren van (de mate van) psychopathie. De PCL-R bevat 20 items. Men gaat er gewoonlijk van uit dat de PCL-R uit twee factoren bestaat. Factor 1 wordt doorgaans als ‘kernpsychopathie’ beschouwd, en omvat het egoïstisch, ongevoelig en zonder wroeging gebruik maken van anderen. Deze factor wordt onderverdeeld in twee facetten. Facet 1 heeft betrekking op ‘psychopathe’ persoonlijkheidstrekken, zoals oppervlakkige charme en opgeblazen zelfbeeld; facet 2 betreft emotionele gebrekkigheid, zoals gebrek aan schuldgevoel en empathie. Factor 2 van de PCL-R brengt het gedurende het leven vertoonde chronisch instabiel en antisociaal gedrag in kaart. Dit is de factor die blijkens eerder onderzoek in Nederland (zie bijvoorbeeld Hildebrand, Hesper, Spreen & Nijman, 2005) en diverse meta-analyses van internationaal onderzoek (onder andere Leistico, Salekin, DeCoster & Rogers, 2008) met name het recidivevoorspellend vermogen van de PCL-R bepaalt. Ook factor 2 wordt onderverdeeld in twee facetten; facet 3 betreft een instabiele en parasiterende levensstijl en factor 4 heeft betrekking op crimineel en antisociaal gedrag. Voor onder andere het aanvragen van verlof zijn tbs-klinieken verplicht de PCL-R af te nemen.

Daarnaast dienen de klinieken bij het aanvragen van verlof ofwel de HCR-20 ofwel de HKT-30 af te nemen bij hun patiënten. De HCR-20 (Webster, Douglas, Eaves & Hart, 1997; Nederlandse vertaling: Philipse, De Ruiter, Hildebrand en Bouman, 2000) bevat drie subschalen. Allereerst de Historische schaal die items over gedrag in het verleden (tot het moment van scoren) en de persoonlijkheid bevat (10 items). Op de tweede plaats de klinische schaal die gedrag en houding in de kliniek van het laatste jaar meet (5 items), en tenslotte de risicomanagement-schaal waarin de mogelijkheden van het managen van het risico in de (nabije) toekomst aan de orde komen (5 items). De HKT-30 is door een Nederlandse werkgroep ontwikkeld (Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie, 2002) en bevat eveneens drie subschalen, een historische schaal met 11 items, een klinische schaal met 13 items en een toekomst-schaal waarin ook de toekomstige maatschappelijke situatie wordt meegenomen, met 6 items. Beide checklists hebben redelijk tot goede psychometrische eigenschappen en voorspellen recidive van geweldsmisdrijven redelijk goed (AUC’s

respectievelijk 0.67 en 0.72 in de vergelijkende studie onder 156 tbs-patiënten van Hildebrand, Hesper, Spreen en Nijman (2005). In de analyses in hoofdstuk IV zijn op de eerste plaats de historische schalen van deze lijsten meegenomen. Deze bepalen het zogenaamde 'basisrisico' in het huidige onderzoek, dit is het recidiverisico op basis van variabelen uit het verleden; dus met name vóórdat behandeling heeft plaatsgevonden. Deze veranderen niet, (in ieder geval niet ten goede), in tegenstelling tot de dynamische items in de klinische en risicomanagement/toekomst-schalen. De HCR-20 en HKT-30 worden op verschillende wijzen gecodeerd. Daardoor zijn de ruwe scores van deze schalen niet direct vergelijkbaar. In hoofdstuk IV is daarom gerekend met de Z-waarden van de H-schalen.

Voor seksueel delinquenten is afname van de SVR-20 (Boer, Hart, Kropp & Webster, 1997; Nederlandse vertaling Hildebrand, de Ruiter en van Beek, 2001) bij de verlofaanvraag verplicht. Deze lijst bestaat eveneens uit drie subschalen, namelijk een historische schaal , genaamd 'Aanpassing', met 11 items, een schaal met 7 items 'Seksuele delicten', en tenslotte twee items over 'Toekomstplannen'. De schaal heeft een sterk wisselende voorspellende waarde (effectgrootte van klein tot zeer groot in de meta-analyse van Hanson & Morton-Bourgon, 2009). In een recente vergelijkende studie (Smid, Kamphuis, Wever & van Beek, 2014) onder Nederlandse seksueel delinquenten met 9 risicotaxatie-instrumenten behoorde de SVR-20 tot de minder goede voorspellers.

3. Op de derde plaats werd aan behandelaren van de 97 langverblijvende tbs-gestelden en de steekproef van 150 tbs-patiënten die vijf tot tien jaar in de tbs verbleven, een vragenlijst voorgelegd (zie bijlage 1). De onderwerpen in deze lijst waren:

1. Kenmerken van de patiënt : diagnostische gegevens, soort delict, huidig en eerder verlofniveau, voorkomen en soort incidenten de laatste twee jaar.
2. Verlofniveau : items met betrekking tot de vraag waarom de patiënt geen verlof heeft of geen hoger verlofniveau dan het huidige.
3. Longstay: items met betrekking tot de vraag waarom de patiënt geen longstay-status heeft.
4. Verwachtingen/perspectieven met betrekking tot de patiënt. Hierin onder meer de vraag of de patiënt nog lijkt te kunnen profiteren van de behandeling, en over mogelijke vervolgvoorzieningen, en de termijn waarop men uit- of doorstroom verwacht.
5. Houding ten opzichte van behandeling. Onder andere waren items opgenomen betreffende de acceptatie door de patiënt van het feit dat hij tbs heeft en over de samenwerking van patiënt en behandelaren in de behandeling.
6. Oplossingen die de behandelaar ziet voor patiënten voor wie momenteel vervolgvoorzieningen niet of moeilijk beschikbaar zijn.

Voor langverblijvende tbs-gestelden diende de gehele lijst te worden ingevuld. Voor de vergelijkende steekproef van 150 tbs-patiënten die vijf tot tien jaar in tbs-behandeling waren, dienden alleen de onderdelen 1 en 5 van deze vragenlijst ingevuld te worden.
Tot slot werden nadere informatie en suggesties verkregen op basis van een in november 2014 georganiseerde expertmeeting, waarin de belangrijkste resultaten van het onderzoek besproken en bediscussieerd werden met deskundigen uit onder andere de GGz, het forensische veld, de rechterlijke macht en de reclassering.

III.3. Procedure

Na een presentatie van het project aan het Landelijk Beraad Hoogst Inhoudelijk Verantwoordelijken (LBHIV) in september 2013 werd via een mail aan de directies gevraagd om behandelverantwoordelijken te mogen benaderen voor een explorerend interview over de problematiek van langdurig verblijvende tbs-patiënten. Vervolgens vonden interviews plaats met tien behandelaren uit verschillende klinieken die behandelverantwoordelijkheid voor een of meer langverblijvende tbs-patiënten hadden.

De MITS-data konden bij het Ministerie van Justitie worden opgevraagd op basis van het eerder geschreven onderzoeksvoorstel. Voor het gebruiken van de LDR-data was de toestemming van alle klinieken afzonderlijk noodzakelijk en moest voor iedere betrokken onderzoeker een Verklaring omtrent het Gedrag worden overlegd. Nadat aan deze voorwaarden was voldaan werden de risicotaxatie-gegevens door het EFP vanuit de LDR-databank aangeleverd met pseudoMITS-nummers zodat de anonimiteit van de betrokken tbs-patiënten verzekerd zou zijn. In het onderzoek werden de gegevens verder verwerkt met speciaal toegekende onderzoeksnummers.

De vragenlijsten werden opgesteld aan de hand van de resultaten van de eerder genoemde explorerende interviews met de behandelverantwoordelijken, op basis van literatuur en na overleg met de begeleidingscommissie van het project. In januari 2014 werd het onderzoek nogmaals besproken tijdens een bijeenkomst van het LBHIV. Via een mail naar de directies werd vervolgens gevraagd om namen en mailadressen van de behandelverantwoordelijken van de patiënten over wie de vragenlijst moest worden ingevuld. De vragenlijsten werden voorzien van een onderzoeksnummer naar de onderzoekers verzonden en anoniem in SPSS ingevoerd.

Na analyse van de resultaten werd de conceptrapportage besproken in het LBHIV en, zoals eerder opgemerkt, in een Expertmeeting met deskundigen uit het forensische veld, de reclassering, de GGz en de zittende magistratuur.

IV. Resultaten

In de onderstaande paragraaf worden eerst de kenmerken van de 97 langverblijvende tbs-patiënten aan de hand van de uit MITS verkregen gegevens onderzocht en vergeleken met andere groepen van tbs-patiënten. Deze gegevens zijn grotendeels vóór de oplegging van de tbs-maatregel verzameld en reflecteren dus een situatie van geruime tijd geleden. Vervolgens worden risicotaxatiescores verkregen vanuit de LDR geanalyseerd voor de diverse onderzochte groepen. Tot slot wordt ingegaan op de huidige beoordeling van de problematiek en de kenmerken van de langverblijvende tbs-patiënten, zoals gegeven door de huidige behandelaren van de desbetreffende patiënten; dit laatste deels in vergelijking met tbs-patiënten die op het moment van onderzoek vijf tot tien jaar in tbs-behandeling waren.

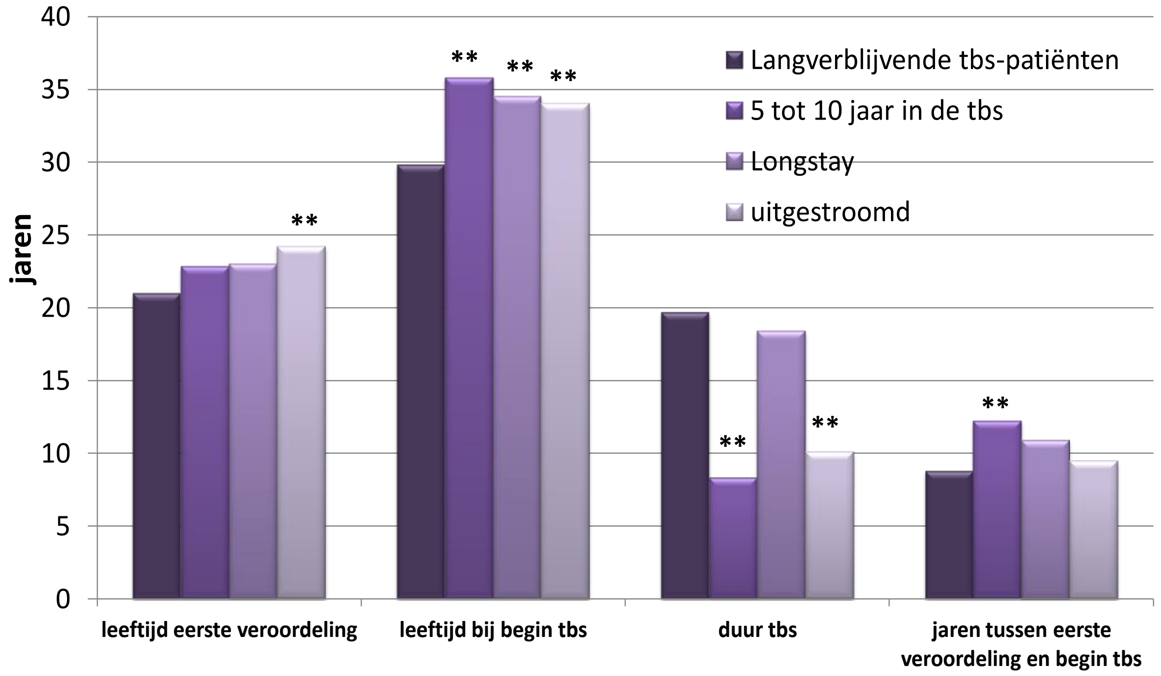
IV.1 Basiskenmerken van langverblijvende tbs-gestelden in vergelijking met uitgestroomde patiënten, patiënten in de longstay en patiënten die vijf tot tien jaar in tbs-behandeling zijn

Vanuit het MITS-systeem werden aanvullende gegevens over in totaal 837 patiënten aangeleverd. Niet alle gegevens waren compleet, waardoor de aantallen in de vergelijkingen kunnen variëren.

Uit figuur 1 is te constateren dat de langverblijvende tbs-patiënten gemiddeld bijna 5 jaar jonger zijn bij instroom in de tbs vergeleken met de drie andere groepen. Ze zijn ook, vergeleken met de uitgestroomde patiënten, op jongere leeftijd voor het eerst veroordeeld met een vrijheidsbenemende straf. Vergeleken met de vergelijkingsgroep van korter in behandeling zijnden is het aantal jaren tussen eerste veroordeling en tbs voor de langverblijvende tbs-gestelden kleiner. De gemiddelde duur van de tbs was voor de 97 langverblijvende tbs-patiënten ten tijde van het huidige onderzoek al opgelopen tot bijna 20 jaar.

Figuur 1: Leeftijdsvariabelen en duur van de tbs

van de 97 langverblijvende tbs-gestelden versus de vergelijkingsgroepen van patiënten die 5 tot 10 jaar in de tbs verkeren, longstay-patiënten en uitgestroomde tbs-patiënten

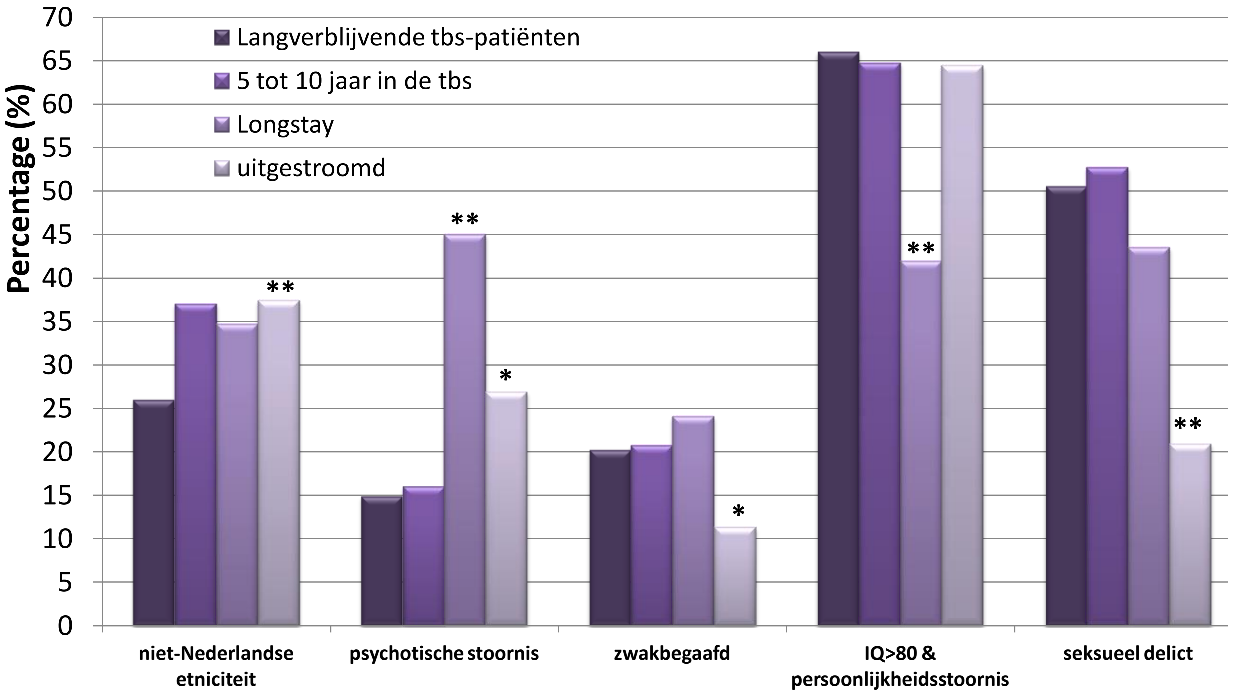


Noot; Langverblijvende tbs-patiënten met t-testen vergeleken met de andere groepen: ****p < 0.01**

Figuur 2 laat zien dat de langverblijvende tbs-gestelden zich volgens de MITS-gegevens onderscheiden van de uitgestroomde patiënten in dat ze minder vaak zijn geclassificeerd met een psychotische stoornis, minder vaak de diagnose zwakbegaafdheid hebben, en vaker een Nederlandse etniciteit. Ook gaat het relatief vaak om seksueel delinquenten. De langverblijvende tbs-gestelden onderscheiden zich van longstay-patiënten in dat ze volgens MITS minder vaak een psychotische stoornis hebben en vaker de combinatie van een IQ boven de 80 in combinatie met een classificatie met een persoonlijkheidsstoornis. De langverblijvende tbs-gestelden onderscheiden zich met betrekking tot etniciteit, diagnostische en delictgegevens niet van de vergelijkingsgroep. Met betrekking tot soort delict was de vergelijkingsgroep echter gestratificeerd om in beide groepen dezelfde aantallen zedendelinquenten te verkrijgen.

Figuur 2: Etniciteit, diagnostiek en delictgegevens

van de 97 langverblijvende tbs-gestelden versus vergelijkingsgroepen van patiënten die 5 tot 10 jaar in de tbs verkeren, longstay-patiënten en uitgestroomde tbs-patiënten



Noot; Langverblijvende tbs-patiënten met afzonderlijke X^2-toetsen vergeleken met de andere groepen: **$* p < 0.05$; $** p < 0.01$**

IV.1.1 Conclusie paragraaf IV.1.

Volgens de gegevens van het tbs-registratiesysteem MITS bestaat de groep langverblijvende tbs-gestelden uit mannelijke patiënten[1] van gemiddeld 50 jaar die voor driekwart een Nederlandse etniciteit hebben en voor bijna 80% een normaal IQ. Voorts zouden zij relatief zelden een psychotische stoornis hebben, maar juist vaak een persoonlijkheidsstoornis of andere psychische stoornis. Zoals later in dit rapport aan de orde komt (zie paragraaf IV.3.1) zijn echter volgens de behandelaren, dus op basis van de huidige diagnostische kennis, vier op de tien langverblijvende patiënten zwakbegaafd, en is een kwart chronisch psychotisch. Het is mogelijk dat de behandelaren overdiagnosticeren dan wel dat er in het gedragskundig onderzoek dat plaatsvindt in de periode vóór het tbs-vonnis van onderdiagnosticering sprake was. De gegevens in het MITS komen uit dit onderzoek voort. Wellicht waren in de periode dat deze diagnostiek werd uitgevoerd zwakbegaafdheid en psychoticisme ofwel minder manifest aanwezig ofwel niet adequaat te onderzoeken, onder meer door weigering van de verdachte om mee te werken (Van Deutekom &

[1] Onder de langverblijvende tbs-gestelden was één vrouw. Deze is buiten de analyses gehouden.

Koenraadt, 2004). Voor meer informatie over de (huidige) psychiatrische problematiek volgens de behandelaren wordt verwezen naar paragraaf IV.3.1.

In de helft van de gevallen hebben de langverblijvende tbs-gestelden een seksueel delict begaan, meer dan tweemaal zo vaak als de reeds uitgestroomde tbs-patiënten. Gemiddeld rond hun 21e jaar zijn ze voor het eerst tot een vrijheidsbenemende straf veroordeeld; dit is relatief jong: drie jaar eerder dan patiënten die later wel uit de tbs zijn uitgestroomd. Betrekkelijk korte tijd daarna, gemiddeld bijna 5 jaar eerder dan de andere categorieën tbs-patiënten (tbs-patiënten die momenteel vijf tot tien jaar in de tbs verkeren, momenteel in de longstay verblijven of reeds uit de tbs zijn uitgestroomd) zijn ze in een tbs-kliniek opgenomen. Dit was rond het 30e, levensjaar zodat ze nu gemiddeld bijna 20 jaar in de tbs verblijven.

IV.2. Recidiverisico van langverblijvende tbs-gestelden in vergelijking met andere categorieën tbs-gestelden

De verwachting was dat langverblijvende tbs-gestelden hoger zouden scoren op recidiverisico dan uitgestroomde patiënten, en eveneens hoger dan patiënten die korter in tbs-behandeling zijn, maar lager dan de huidige longstay-patiënten. De gegevens waarover in deze paragraaf gerapporteerd wordt zijn afkomstig uit de Landelijke Database risicotaxatie (LDR; zie www.EFP.nl). Hierbij dient opgemerkt te worden dat er voor 13%[2] van de in dit onderzoek bestudeerde tbs-patiënten (nog) geen instrument in deze database is opgenomen. Voor de huidige longstay-patiënten was dit bijna een kwart (23.7%).

Voor de analyses zijn de gegevens gebruikt die een indicatie vormen voor het 'basisrisico[3]'. Dit is het risiconiveau van de patiënt vóórdat behandeling heeft plaatsgevonden. Schalen die het basisrisico aangeven bestaan uit items die betrekking hebben op het verleden van de patiënt, de zogenaamde historische items (Zie paragraaf III.3).

Er werden steeds drie afzonderlijke t-toetsen verricht[4]: De langverblijvende tbs-gestelden zijn achtereenvolgens op de scores van de verschillende risicotaxatie-instrumenten vergeleken met (zie figuren 3, 4 en 5): 1) de gestratificeerde vergelijkingsgroep van patiënten die vijf tot tien jaar in de tbs verkeren, 2) de huidige longstay-patiënten, en 3) de patiënten, die de laatste jaren zijn uitgestroomd.

---

[2] De dataverzameling voor de LDR is gestart in 2010. Omdat de data voor de LDR toen met terugwerkende kracht zijn opgevraagd ontbreken met name gegevens voor patiënten die al enige tijd uit het tbs-systeem waren dan wel relatief lang in de tbs verkeren en momenteel in een longstayvoorziening verblijven.

[3] De gegevens van de zogenaamde dynamische schalen van de risicotaxatie-instrumenten zijn hier niet gebruikt; deze zijn moeilijk vergelijkbaar tussen de groepen, omdat ze voor verschillende contexten gescoord worden.

[4] Omdat niet de verschillen tussen alle groepen onderzocht werden, maar alleen die tussen de langverblijvende tbs-gestelden en de andere groepen is gekozen voor afzonderlijke t-toetsen.

Te zien is in figuren 3 en 4 dat de langverblijvende tbs-gestelden zoals ook verwacht hoger scoren op basisrisico dan de patiënten die zijn uitgestroomd. Dit geldt voor de PCL-R-totaalscore en de facetten 2 en 4 van de PCL-R, voor de Z-waarden van de historische schalen (H-schalen) van de HKT-30 en HCR-20. De effectgrootten variëren van klein voor de PCL-R-scores[5] tot middelgroot voor de (gecombineerde HCR-20 en HKT-30) historische schalen[6]. Ook scoren de langverblijvende tbs-gestelden, zoals verwacht, hoger dan de vergelijkingsgroep van vijf tot tien jaar in tbs-behandeling zijnde patiënten. Dit laatste geldt echter alleen voor de gecombineerde waarden van de H-schalen van HKT-30 en HCR-20. In tegenstelling tot de verwachting was er geen verschil met de longstay-patiënten. Voor de seksueel delinquenten bleken alle verwachte verschillen echter aanwezig te zijn: de langverblijvenden onder hen scoorden significant hoger op de historische items van het risicotaxatie-instrument voor seksueel delinquenten, de SVR-20 dan de uitgestroomde patiënten en de vergelijkingsgroep van patiënten die vijf tot tien jaar in tbs-behandeling zijn, en ook lager dan de longstay-patiënten[7].

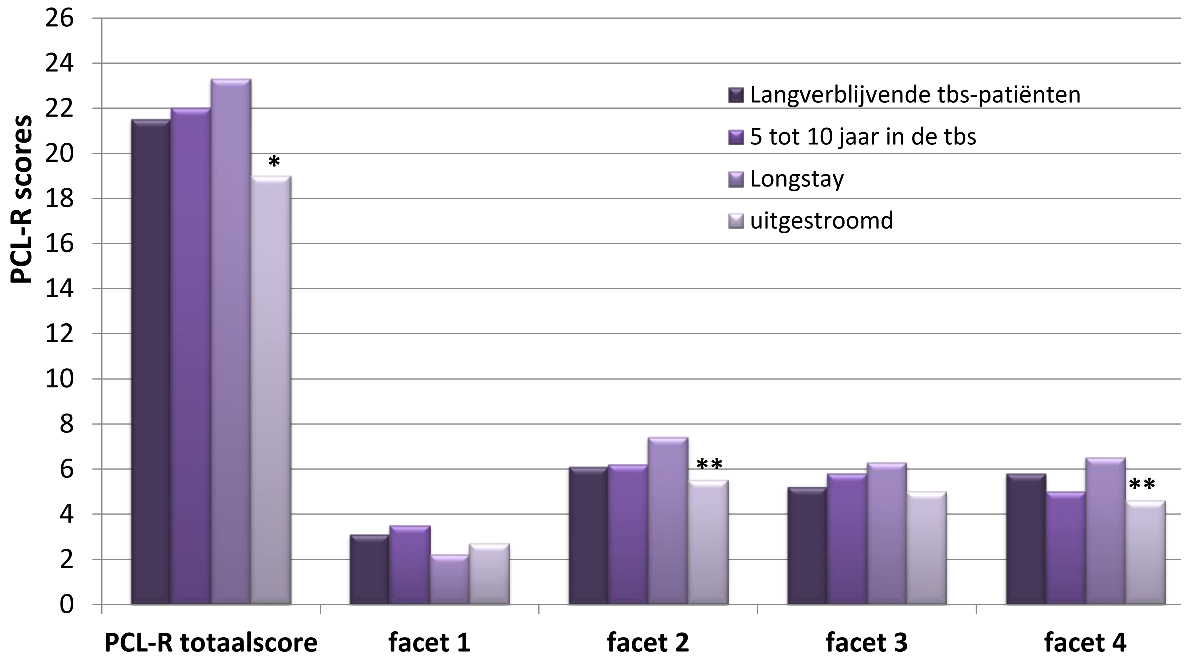
[5] De Cohen's d's behorende bij de verschillen tussen de langverblijvende tbs-patiënten en de uitgestroomde tbs-patiënten voor de PCL-R totaalscores, de facet 2 scores en de facet 4 scores zijn respectievelijk: 0.34, 0.32 en 0.46.

[6] De Cohen's d behorende bij het verschil in H-scores tussen de langverblijvende tbs-patiënten en de uitgestroomde tbs-patiënten is 0.64 en met de tbs-patiënten die 5 tot 10 jaar in de tbs verkeren 0.41.

[7] De effectgrootten in termen van Cohens d's waren respectievelijk 0.50 (met de vergelijkingsgroep van tbs-patiënten die vijf tot tien jaar in de tbs verkeren), 0.83 (ten opzichte van uitgestroomde tbs-patiënten) en -0.46 (ten opzichte van huidige longstay-patiënten)

Figuur 3: Psychopathy Checklist – Revised (PCL-R) scores

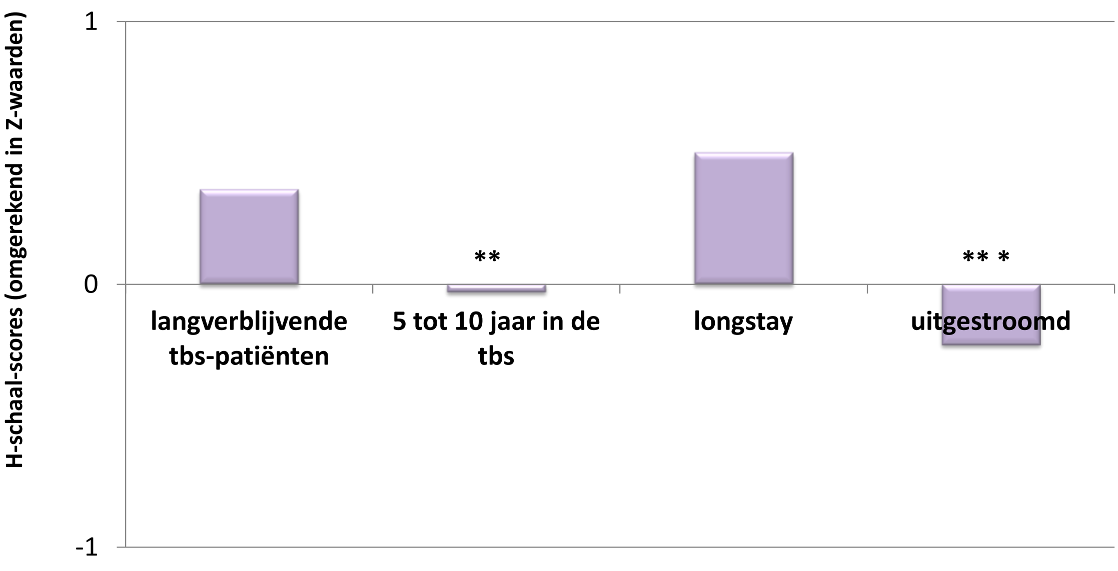
van de 97 langverblijvende tbs-gestelden versus vergelijkingsgroepen van patiënten die 5 tot 10 jaar in de tbs verkeren, longstay-patiënten en uitgestroomde tbs-patiënten



Noot; Langverblijvende tbs-patiënten met t-toetsen vergeleken met de andere groepen: *** p < 0.05; ** p < 0.01**

Figuur 4: H-scores scores van de HKT-30 en de HCR-20

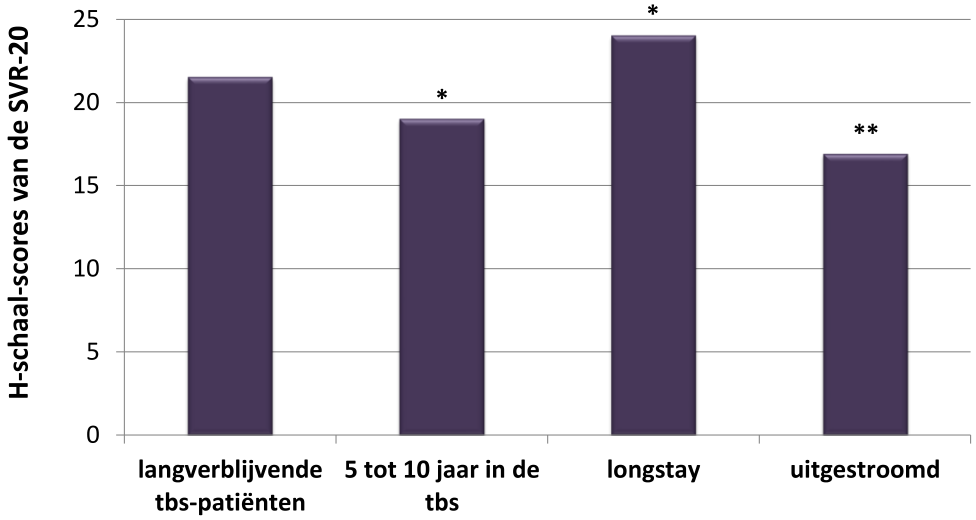
van de 97 langverblijvende tbs-gestelden versus vergelijkingsgroepen van patiënten die 5 tot 10 jaar in de tbs verkeren, longstay-patiënten en uitgestroomde tbs-patiënten



Noot; Langverblijvende tbs-patiënten met t-toetsen vergeleken met de andere groepen: **** p < 0.01 *** p<.001**

Figuur 5: H-schaal scores van de SVR-20

van de 97 langverblijvende tbs-gestelden versus vergelijkingsgroepen van patiënten die 5 tot 10 jaar in de tbs verkeren, longstay-patiënten en uitgestroomde tbs-patiënten



Noot; Langverblijvende tbs-patiënten met t-toetsen vergeleken met de andere groepen: *** $p < 0.05$; ** $p < 0.01$**

IV.2.1 Conclusie paragraaf IV.2

Zoals de verwachting was, blijkt het basisrecidiverisico van langverblijvende tbs-gestelden hoger te zijn dan dat van uitgestroomde tbs-patiënten, alsmede, maar met een kleiner verschil, hoger dan de vergelijkingsgroep van patiënten die vijf tot tien jaar in de tbs verkeren. Dat hun basisrisico lager zou zijn dan dat van longstay-patiënten, werd alleen bevestigd voor de seksueel delinquenten onder de langverblijvenden. Wat betreft de seksueel delinquenten valt op dat het verschil op basisrisico tussen de groepen (effectgrootte) groter is dan voor de niet-seksueel delinquenten. Hoewel een statistische samenhang nog niet een causale relatie inhoudt, roept dit toch de vraag op of bij de beslissing tot uitstroom, dan wel longstay, het recidiverisico op basis van historische gegevenheden zwaarder weegt voor seksueel delinquenten dan voor niet-seksueel delinquenten. In paragraaf IV.5.2 wordt specifieker ingegaan op de subgroep van seksueel delinquenten onder de langverblijvende tbs-gestelden.

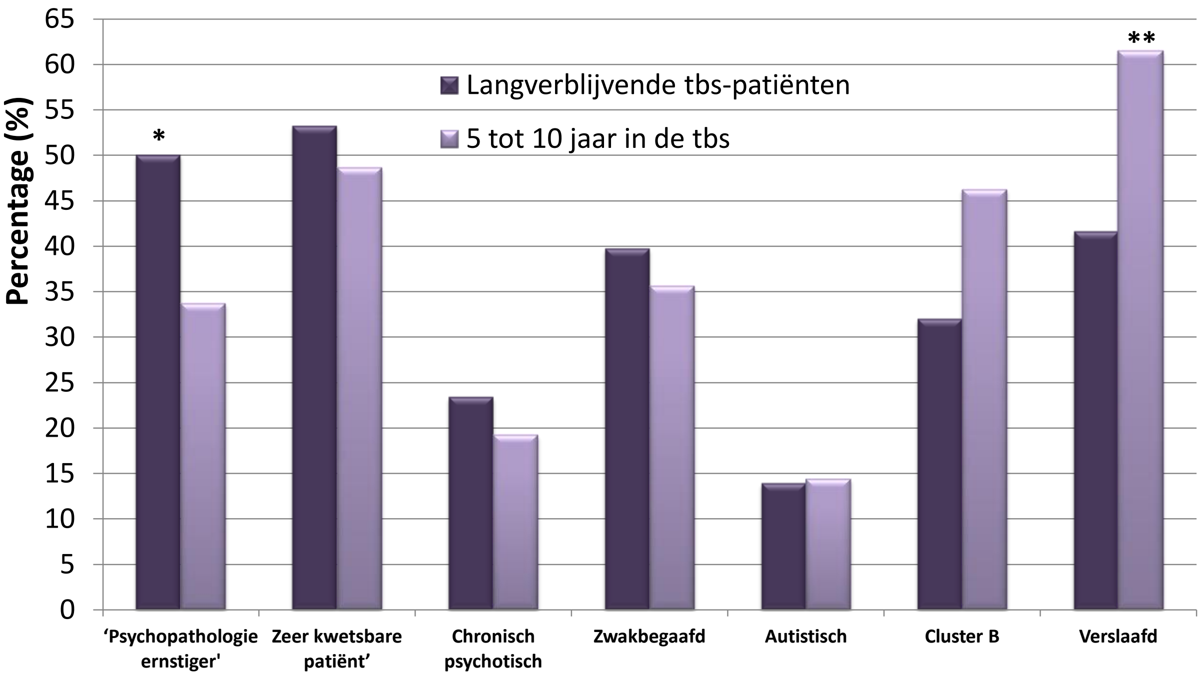
IV.3 Vergelijking van de langverblijvende tbs-gestelden met de gestratificeerde vergelijkingsgroep van patiënten die vijf tot tien jaar in de tbs verkeren

De gegevens waarover in deze paragraaf gerapporteerd wordt zijn afkomstig uit de vragenlijst die de behandelaren hebben ingevuld over de langverblijvende tbs-gestelden (N=79; 81%) en de vergelijkingsgroep (N=104; 69%).

IV.3.1. Diagnostiek

Figuur 6 is een weergave van de antwoorden op de vragen over de diagnostiek van de patiënten. Uit de figuur blijkt dat er in diagnostisch opzicht weinig verschillen bestaan tussen de langverblijvende tbs-patiënten en de vergelijkingsgroep, behalve dat de langverblijvenden minder vaak verslaafd zijn en de inschatting dat de psychopathologie bij de groep langverblijvenden vaker als ernstiger wordt ingeschat dan die van de vergelijkingsgroep. De verwachting dat langverblijvende tbs-gestelden ernstiger psychiatrische problematiek en meer cognitieve gebreken zouden vertonen wordt dus slechts in geringe mate door de gegevens ondersteund.

Figuur 6: Diagnostische kenmerken volgens behandelaren
langverblijvende tbs-gestelden versus de gestratificeerde vergelijkingsgroep



Noot; Langverblijvende tbs-patiënten met X^2-testen vergeleken met de andere groepen: *** $p < 0.05$; ** $p < 0.01$**

IV.3.2 Ingeschat huidig risiconiveau

Dat de langverblijvende tbs-gestelden een hoger huidig risiconiveau zouden hebben dan de vergelijkingsgroep komt niet naar voren uit de inschattingen van de behandelaren. Voor driekwart van alle patiënten is deze inschatting matig/hoog tot hoog. De verschillen tussen de groepen zijn niet significant. De correlatie van het huidige ingeschatte risico met het basisrisico voor recidive is klein doch significant ($r = 0.19$; $p < 0.05$). Met de PCL-R-score is er geen significante relatie.

IV.3.3 Aantal klinieken

Ruim een kwart (28%) van de langverblijvende tbs-gestelden heeft in 5 of meer tbs-klinieken gezeten (een kleine 10% in meer dan 5 klinieken, en 18% in 5 klinieken). Bij de vergelijkingsgroep geldt dit gegeven voor geen enkele patiënt.

IV.3.4 Intrekken van verlof en incidenten in de afgelopen twee jaar

De langverblijvende tbs-gestelden hebben voor bijna de helft eerder een hoger verlofniveau gehad dat weer is ingetrokken (43% tegenover 16%[8]). De intrekking betrof voor de langverblijvenden in de helft van de gevallen transmuraal verlof. De belangrijkste reden voor intrekking van de verlofmarge is (voor beide groepen) het overtreden van de voorwaarden.

Met betrekking tot het vóórkomen van incidenten zijn er geen verschillen tussen de groepen. Van iets minder dan de helft van de patiënten wordt gemeld dat zij een of meer incidenten hebben veroorzaakt. Bij de meesten hiervan (86%) gaat het om één tot drie incidenten. Van de soorten incidenten wordt fysieke agressie het vaakst genoemd (14x), gevolgd door ernstige bedreigingen (9x), kinderporno (4x), handel in verboden zaken (4x) en overige soorten incidenten (8x).

IV.3.5 Houding ten opzichte van behandeling

De inschattingen die de behandelaren gaven op de schaal 'Houding ten opzichte van behandeling' van de patiënten verschilden gemiddeld niet significant tussen de groep langverblijvende tbs'ers en de tbs-patiënten die vijf tot tien jaar in de tbs verbleven. Zie verder ook paragraaf IV.5.3

IV.3.6 Conclusie paragraaf IV.3

In tegenstelling tot wat verwacht werd wijken de langverblijvende tbs-gestelden qua diagnostische gegevens niet in sterke mate af van de vergelijkingsgroep van tbs-gestelden die vijf tot tien jaar in tbs-behandeling zijn. Wel wordt door de behandelaren voor de langverblijvenden vaker gesteld dat hun psychopathologie ernstiger is dan die van de gemiddelde tbs-patiënt. Er kan voorts gesteld worden dat de langverblijvende tbs-gestelden zoals te verwachten vaak een wisselvallige 'tbs-carrière' achter de rug hebben. Meer dan een kwart (28%) heeft reeds in 5 of meer tbs-klinieken gezeten en bij ruim 40% is een eerder verlof ingetrokken. Bij 20% van de gehele groep langverblijvende tbs-gestelden is een transmuraal verlof beëindigd, wat betekent dat de patiënt werd teruggeplaatst naar een plek binnen de muren van de tbs-kliniek.

Gedrag en houding in de kliniek van langverblijvende tbs-gestelden lijken echter de laatste tijd niet duidelijk problematischer dan die van de meer gemiddelde tbs-patiënt. Zo hebben

[8] X^2=16.60, p =0.000

langverblijvenden de twee jaar voorafgaand aan het onderzoek niet vaker incidenten in de kliniek veroorzaakt, en lijkt hun houding ten opzichte van de behandeling niet negatiever dan die van de vergelijkingsgroep.

IV.4 Uitstroom, doorstroom en perspectieven voor behandeling

IV.4.1 Huidig verlofniveau en volgende verlofstap

Van de langverblijvende tbs-gestelden heeft ruim 40% op het moment van onderzoek transmuraal verlof (verlof tot intramuraal verblijf buiten de muren van de tbs-kliniek). Bijna een kwart (24%) heeft onbegeleid verlof, 18% begeleid verlof en een minderheid van 13 % heeft geen enkele vorm van verlof. De verschillen met de vergelijkingsgroep van tbs-patiënten die vijf tot tien jaar in tbs-behandeling zijn, zijn niet significant. Voor 80 % van de langverblijvende tbs-gestelden geldt dat zij onlangs naar een hoger verlofniveau zijn gegaan of dat een verlofaanvraag onlangs is gedaan of naar verwachting op korte termijn zal plaatsvinden. Verder wordt van ongeveer 80% verwacht dat zij binnen 1 á 2 jaar de volgende verlofstap zullen maken.

IV.4.2 Waarom heeft de langverblijvende tbs-gestelde geen hoger verlofniveau?

Voor het feit dat de langverblijvende tbs-patiënten zich niet op een (nog) hoger verlofniveau bevinden worden in tweederde van de gevallen (63%) een of meer redenen op patiëntniveau aangegeven (zie tabel 1). Het vaakst genoemd wordt dat een patiënt een hoger niveau niet aankan (43%) of dat het recidiverisico te hoog is (41%). In een minderheid van de gevallen (17%) noemt men ook een of meer redenen die buiten de patiënt liggen, zoals wachtlijsten, risiconiveau moeilijk in te schatten, of patiënt zou beter een voorwaardelijke beëindiging kunnen krijgen.

IV.4.3 Waarom heeft de langverblijvende tbs-gestelde geen longstay?

De vaakst gegeven redenen zijn dat longstay ongeschikt is voor de patiënt in verband met de hoge beveiliging en het beperkte verlof (41%), en/of dat de patiënt niet voldoet aan de voorwaarden die voor longstayplaatsing gelden (47%). Van een vijfde van de langverblijvende tbs-gestelden (21%) verwacht de behandelaar echter dat hij alsnog in de longstay terecht zal komen. In de ruime meerderheid van de gevallen (77%) geeft de behandelaar als reden voor het feit dat er geen longstayplaatsing aan de orde is dat de kliniek nog perspectief ziet voor de patiënt wat betreft uit- of doorstroom.

Tabel 1. Verlofverloop en de redenen dat de patiënt geen hoger verlof heeft voor de totale groep van langverblijvende tbs-gestelden, en de subgroepen voor wie een Redelijk Perspectief dan wel een Gering Perspectief op uit-/of doorstroom bestaat (zie ook paragraaf IV.5.3).

Item	N	Langverblijvende tbs-patiënten Totaal	Subgroep met een redelijk perspectief	Subgroep met een gering perspectief	Significantie
1. Patiënt heeft onlangs hogere verlofmarge gekregen	70	41.4%			
2. Verlofaanvraag onlangs of op korte termijn	71	57.7%			
1 of 2	74	79.5%			
Patiënt kan hoger verlofniveau niet aan	61	43.1%	**21.2%**	**72.0%**	$X^2(1)= 14.96, p=0.000$
Recidiverisico te hoog	59	41.4%	**21.9%**	**65.4%**	$X^2(1)= 11.20 , p=0.001$
Patiënt laat te weinig van zichzelf zien (mogelijk schijnaanpassing)	66	22.2%	22.9%	21.4%	n.s.
Onvoldoende overeenstemming over voorwaarden/doelen	68	21.5%	16.2%	28.6%	n.s.
Patiënt frustreert hoger niveau door incidenten	69	16.7%	13.5%	20.7%	n.s.
Patiënt kan of wil niet voldoen aan voorwaarden	69	16.7%	13.5%	20.7%	n.s
Patiënt werkt onvoldoende mee aan behandelingen	69	13.8%	**5.4%**	**24.1%**	$X^2(1)= 4.84, p=0.028$
Door wachtlijstproblemen behandeling traag	69	9.1%	10.3%	10.8%	n.s
Verlofbeleid te streng voor deze patiënt	68	4.4%	3.6%	5.4%	n.s
Kliniek kent patiënt onvoldoende	70	1.4%	3.4	0.0%	n.s
Redenen op patiëntniveau	68	63.1%	**50.0%**	**79.3%**	$X^2(1)= 5.93, p=0.015$
Redenen buiten de patiënt	68	16.9%	16.2%	17.9%	n.s

IV.4.4. Verwachtingen met betrekking tot uit- en doorstroom en behandelperspectieven

Van de helft van alle langverblijvende patiënten wordt verwacht dat zij binnen twee jaar zullen uit- of doorstromen. Van 25% wordt verwacht dat dit binnen 4 jaar het geval zal zijn, en voor 25% wordt verwacht dat dit ofwel meer dan 4 jaar duurt, ofwel niet valt te zeggen.

Voor 26% van de langverblijvende tbs-gestelden wordt voorwaardelijke beëindiging (VB) overwogen. Voor degenen die nu transmuraal onbegeleid verlof hebben wordt veel vaker (57%) een VB overwogen dan voor degenen die geen verlof hebben (12%). Voor een vijfde wordt verwacht dat zij uiteindelijk in de longstay terecht zullen komen.

Langdurig toezicht en controle zullen alle langverblijvende tbs-gestelden nodig blijven hebben volgens de behandelaren. Een hoge mate van beveiliging wordt daarentegen voor slechts 17% nodig geacht. Qua behandeling ziet men voor de meerderheid weinig perspectief. Ongeveer 70% van de patiënten zit volgens de behandelaren in dit opzicht aan zijn plafond (zie tabel 2); alleen risicomanagement is aan de orde.

Van iets meer dan driekwart wordt gesteld dat hij kan doorstromen naar een bestaande voorziening (77%). Hier worden de FPA/FPK en de RIBW, of de Forensische RIBW het vaakst genoemd. Bijna een kwart (23%) van de langverblijvende tbs-gestelden lijkt dus niet in een bestaande voorziening terecht te kunnen volgens de behandelaren. In de helft van deze (16 van de 69 voor wie deze vraag is ingevuld) gevallen wordt hiervoor als reden gegeven dat er in de bestaande voorzieningen onvoldoende risicomanagement mogelijk is. Voor vier van deze 16 patiënten (25%) wordt een voorwaardelijke beëindiging overwogen. Deze groep vormt (een deel van) de meest problematische langverblijvende tbs-gestelden wat betreft het door- of uitstroom perspectief. In paragraaf IV.5.3 besteden we hier nader aandacht aan.

IV.4.5. Conclusie paragraaf IV.4

De behandelaren van langverblijvende tbs'ers verwachten voor bijna 80% van de patiënten een volgende verlofstap te kunnen maken in 1 á 2 jaar, en voor 26% melden ze dat er een voorwaardelijke beëindiging van de tbs wordt overwogen. Voor zo'n driekwart verwacht men dat de patiënt kan doorstromen naar een bestaande voorziening. Men kan dus stellen dat de behandelaren optimistisch zijn en dat er naar hun oordeel in de groep langverblijvende tbs-gestelden nog steeds 'beweging' zit. De perspectieven qua behandeling, zorg en controle zijn echter minder gunstig volgens de behandelaren. Voor ongeveer 70% van de langverblijvenden geldt dat zij aan hun plafond zitten qua behandeling. Voor meer dan 40% wordt gesteld dat zij een hoger verlofniveau niet aankunnen of dat het risiconiveau te hoog is. Verder hebben alle patiënten naar de mening van de behandelaren langdurig toezicht en controle nodig, waarbij slechts voor een kleine minderheid ook een hoog beveiligingsniveau noodzakelijk is. In paragraaf IV. 5.3 zoomen we in op de specifieke subgroep van langverblijvende patiënten voor wie weinig tot geen door- of uitstroomperspectief lijkt te zijn.

IV.5 Subgroepen onder langverblijvende tbs-gestelden nader bekeken.

IV. 5.1 Ex-longstay-patiënten

Van de 79 langverblijvende tbs-gestelden voor wie de vragenlijst door de behandelaren werd ingevuld, hebben 36 patiënten (46%) eerder een longstay-status gehad, terwijl er 43 continu een

reguliere tbs-behandelplaats bezet hebben (54%). Gezien het feit dat de longstay een strenge beveiliging kent, en zeer beperkte verlofmogelijkheden, kan van de patiënten die eerder in de longstay hebben verkeerd verwacht worden dat zij hoger scoren op antisociale kenmerken en recidiverisico en minder (As-I) psychiatrische problematiek laten zien. Dit is aan de hand van de gegevens nagegaan.

Op de eerste plaats blijken ex-longstay-patiënten bij hun eerste veroordeling zo'n drieënhalf jaar jonger (19.4 jaar) dan de continu langverblijvende tbs-gestelden (22.8 jaar)[9]. Zoals geconstateerd in paragraaf IV.1 is de leeftijd bij eerste veroordeling van de hele groep langverblijvende tbs-gestelden significant lager dan die van de uitgestroomde patiënten. Dit blijkt dus voor een belangrijk deel te liggen aan het feit dat de ex-longstay-patiënten onder hen reeds zeer jong – voor hun 20[e-] zijn veroordeeld. Dit is een indicatie voor een hoger recidiverisico, aangezien leeftijd van eerste veroordeling een voorspeller is van recidive (zie bijvoorbeeld Quinsey, Harris, Rice & Cormier, 2006).

Voor de ex-longstay-patiënten is voorts de periode tussen eerste veroordeling en tbs-opname vier jaar langer dan voor de continu langverblijvenden, namelijk 10.1 jaar versus 6.1 jaar[10]. Dit zou kunnen betekenen dat het bij de continu langverblijvende tbs-patiënten om ernstiger psychiatrische (AS-I) problematiek gaat. Als een persoon met ernstige psychiatrische problematiek een misdrijf begaat overweegt men wellicht eerder om een psychiatrisch onderzoek uit te laten voeren, en wordt deze patiënt vervolgens eerder tot tbs veroordeeld, dan bij patiënten bij wie de psychische problematiek minder manifest in het gedrag aanwezig is. Dit laatste lijkt aan te sluiten bij de antwoorden die de behandelaren op de vragenlijsten gaven. De continu langverblijvende tbs-patiënten worden door de behandelaren in bijna 7 op de 10 gevallen (68%) gekenmerkt als 'zeer kwetsbare patiënt' en worden (in veel gevallen in tegenspraak met de oorspronkelijke registratie in het MITS systeem) even zo vaak (68%) psychotisch/schizofreen en/of zwakbegaafd genoemd. Bij de ex-longstaypatiënten komen deze zaken veel minder voor, namelijk respectievelijk in 32%[11] en 42%[12] van de gevallen.

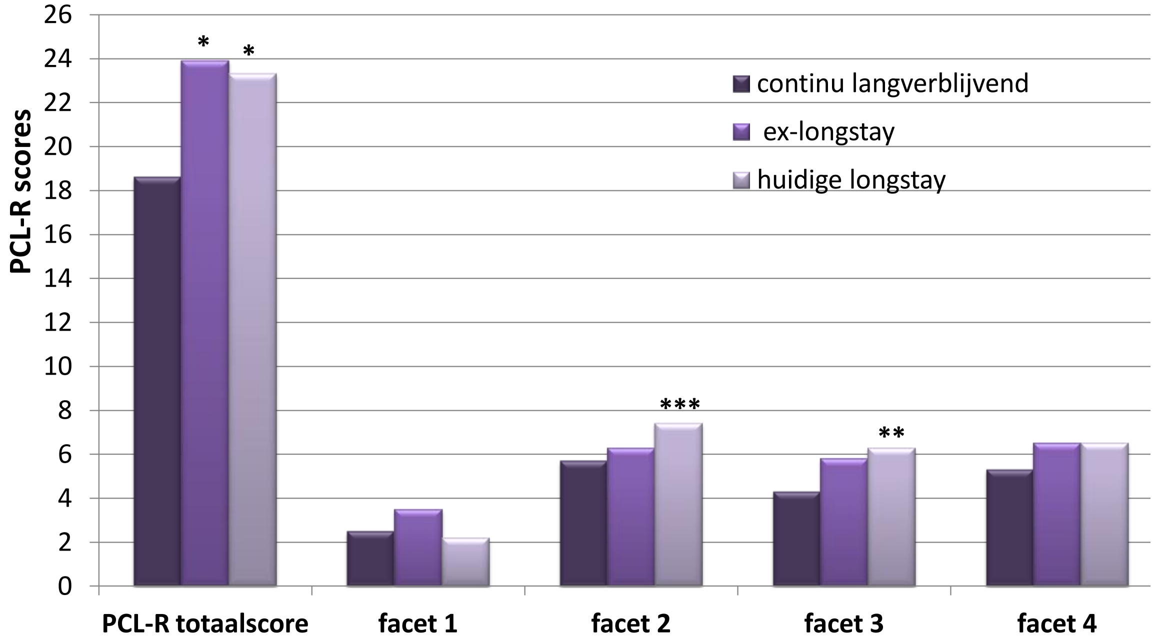
Enige andere gegevens ondersteunen de veronderstelling dat ex-longstay-patiënten meer antisociale kenmerken en een hoger recidiverisico hebben. Men ziet bij hen een hoger basisrisico voor recidive dan bij de continu langverblijvende tbs-patiënten. Dit basisrisico ligt ongeveer gelijk aan dat van de patiënten die op het moment van dit onderzoek in de longstay verbleven; met name hun score op de Psychopathy Checklist (PCL-R) is hoger dan die van de continu langverblijvende tbs-patiënten (zie figuur 7).

[9] Dit verschil is significant; $t(64.7) = 2.42$, $p = 0.018$.
[10] $t(57.1) = 2,26$, $p = 0.028$
[11] $X^2(1) = 7.98$, $p = 0.005$
[12] $X^2(1) = 5.51$, $p = 0.019$

De twee subgroepen lijken echter qua gedrag in de kliniek, zoals incidenten en houding ten opzichte van de behandeling niet te verschillen. Wel schatten de behandelaars de toekomstperspectieven voor ex-longstaypatiënten minder gunstig in dan voor continu langverblijvende tbs-patiënten. Voor slechts 17% van de ex-longstaypatiënten wordt een voorwaardelijke beëindiging overwogen, tegenover 36% van de continu verblijvenden[13]. Ook wordt slechts voor 15% van hen longstay ongeschikt geacht vanwege de geringe verlofmogelijkheden en de strenge beveiliging, tegenover 61% van de continu langverblijvende tbs-patiënten[14]. Slechts één derde van de ex-longstaypatiënten (33%) voldoet volgens de behandelaren niet aan de voorwaarden voor longstay; dit is bij de groep continu langverblijvende tbs-patiënten twee keer zoveel (69%)[15]. Tenslotte wordt van een derde van de ex-longstaypatiënten (32%) verwacht dat ze uiteindelijk toch weer in de longstay terecht zullen komen, iets meer dan twee maal zoveel als bij de continu langverblijvende tbs-patiënten het geval is (15%)[16].

Figuur 7: Psychopathy Checklist – Revised (PCL-R) scores

van continu langverblijvende , ex-longstay langverblijvende tbs-patienten en huidige longstay-patiënten.



Noot; * p < 0.05; ** p < 0.01; *** p < 0.001

[13] Dit verschil is echter niet significant; $X^2(1) = 3.29$, $p = 0.07$

[14] $X^2(1) = 13.64$, $p = 0.00$

[15] $X^2(1) = 5.38$, $p = 0.02$

[16] Dit verschil is niet significant; $X^2(1) = 2.32$, $p = 0.13$

De verschillen tussen ex-longstay-patiënten en continu langverblijvende tbs-patiënten liggen er dus in dat gemiddeld genomen ex-longstay-patiënten minder (As-I) psychiatrische problematiek laten zien en dat er aanwijzingen zijn voor een hoger recidiverisico, terwijl de kansen op beëindiging van tbs lager en op een hernieuwde longstay-status juist hoger geacht worden.

IV.5.2 Seksueel delinquenten

De seksueel delinquenten onder de langverblijvende tbs-gestelden zijn vergeleken met de niet-seksueel delinquenten onder de langverblijvende tbs-gestelden en met de seksueel delinquenten van de vergelijkingsgroep van tbs-patiënten die vijf tot tien jaar in de tbs verkeren. Verder zijn ze met betrekking tot hun scores op risicotaxatie-instrumenten ook vergeleken met de seksueel delinquenten onder de uitgestroomde patiënten.

Vergelijking van de seksueel delinquenten onder de langverblijvenden met andere langverblijvende tbs-gestelden en met de seksueel delinquenten van de vergelijkingsgroep

De langverblijvende seksueel delinquenten zijn vergeleken met de langverblijvende niet-seksueel delinquenten zelden chronisch psychotisch (2 van de 36 oftewel 6%)[17], en worden minder vaak een zeer kwetsbare patiënten genoemd[18]. De seksueel delinquenten onder de langverblijvende tbs-gestelden zijn bijna voor de helft zwakbegaafd, iets vaker, maar niet significant, dan de andere langverblijvende patiënten.

Seksueel delinquenten, zowel onder de langverblijvende tbs-gestelden als in de vergelijkingsgroep van tbs-patiënten die vijf tot tien jaar in tbs-behandeling zijn, veroorzaken significant minder incidenten in de kliniek[19]. Hun gedrag in de kliniek lijkt dus rustiger te zijn. Verder is hun houding ten opzichte van de behandeling niet ongunstiger dan die van anderen.

Hoewel in de aanvankelijke exploratieve interviews met behandelaren zorgen werden geuit over een gebrek aan vervolgvoorzieningen voor seksueel delinquenten bleek dat niet uit de cijfers afkomstig uit de vragenlijsten. Ze kunnen volgens de behandelaren even vaak in vervolgvoorzieningen terecht als andere patiënten. Voor de meerderheid verwacht men dat ze terechtkunnen in een FPA/FPK of RIBW (+). Ook de ingeschatte tijd tot uit- of doorstroom verschilt niet. Voorts wordt voor slechts voor drie van hen de aard van het delict als reden gegeven voor het ontbreken van een geschikte vervolgvoorziening.

Wel voldoet ruim driekwart van de langverblijvende seksueel delinquenten volgens de behandelaren aan de voorwaarden voor longstay, terwijl dat onder de niet-seksueel delinquenten

---

[17] X^2 (1) =20.71, p= 0.000
[18] X^2 (1) =4.43, p= 0.035
[19] X^2 (1) = 3.90, p=0.048

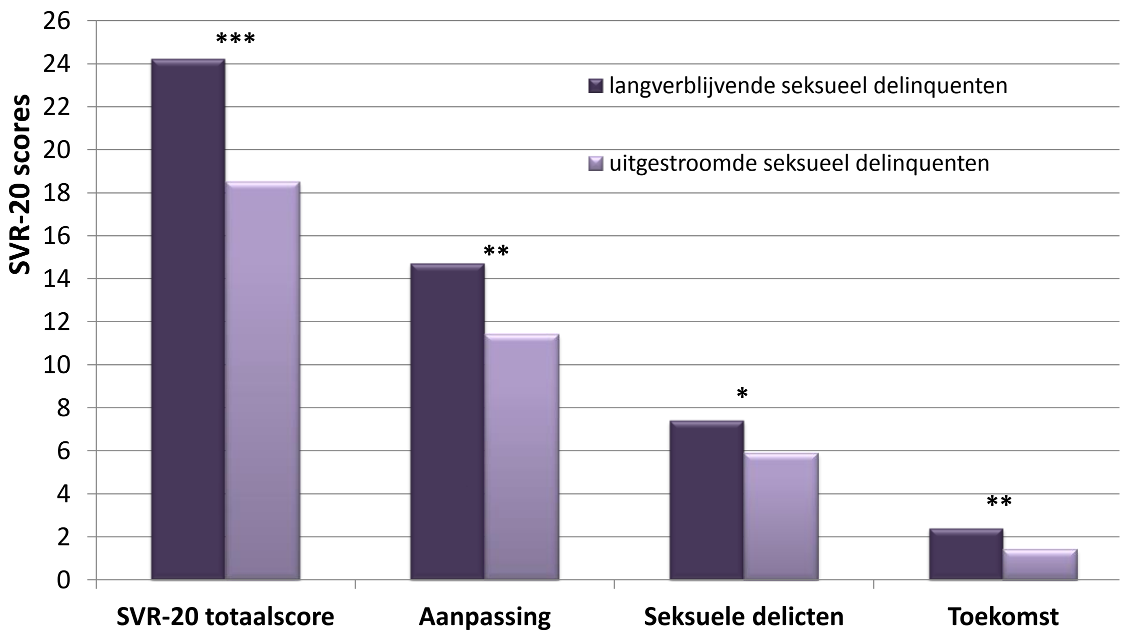
maar één kwart is[20]. Met betrekking tot de scores op basisrisico zijn er geen significante verschillen tussen de langverblijvende seksueel delinquenten en de langverblijvende niet-seksueel delinquenten.

Basisrisico van seksueel delinquenten: vergelijking van de langverblijvende seksueel delinquenten met de uit de tbs uitgestroomde seksueel delinquenten

In figuur 8 is te zien dat de scores op de SVR-20, zowel die op de totale lijst als die op de subschalen, aanzienlijk hoger zijn bij de seksueel delinquenten onder de langverblijvenden dan onder de uitgestroomde seksueel delinquenten. Met name de totaalscore op de SVR-20 laat een groot verschil zien wat betreft effectgrootte tussen de uitgestroomde seksueel delinquenten en de langverblijvende seksueel delinquenten[21]. Hetzelfde is het geval voor de H-schalen van de HKT-30 en de HCR-20: ook deze scores laten een groot verschil zien[22]. Voor niet-seksueel delinquenten zijn de verschillen tussen de uitgestroomde en de langverblijvende tbs-gestelden daarentegen slechts middelgroot[23].

Figuur 8: Sexual Violence Risk (SVR) scores

van langverblijvende seksueel delinquenten versus uitgestroomde seksueel delinquenten



Noot; * p < 0.05; ** p < 0.01; *** p < 0.001

[20] $X^2 = 10.08$, $p = 0.002$
[21] Cohen's d voor de SVR-totaalscore is 0.92; dit is een groot effect. Voor de subschalen "Aanpassing", "Seksuele delicten" en "Toekomst" zijn de effectgroottes respectievelijk 0.72, 0.46 en 0.67 (middelgroot effect).
[22] Voor de (Z-waarden) van de gecombineerde H-schalen van de HKT-30 en de HCR-20 was Cohen's d in dit verband 0.81; ook dit is een groot effect.
[23] Ter illustratie: Cohen's d voor de (Z-waarden) van de gecombineerde H-schalen van de HKT-30 en de HCR-20 voor niet seksueel delinquenten was 0.59. Dit is een middelgroot effect.

Met andere woorden, mogelijk is voor seksueel delinquenten de risicotaxatie op basis van gedrag in het verleden bepalender voor het wel of niet uitstromen dan voor tbs-patiënten die geen seksueel delict hebben begaan. Zeker is dat niet, want het gaat hier om een statistische correlatie, niet per se om een causaal effect. De vraag is verder of het alleen de historische factoren zijn die bepalen of een zedendelinquent wel of niet uitstroomt, of dat men ook rekening houdt met de dynamische factoren die tijdens de behandeling kunnen veranderen. In de SVR-20 zijn dat er slechts twee, namelijk *Negatieve houding ten opzichte van interventies* en *Ontbreken van realistische toekomstplannen.* Deze vormen samen de Toekomst-schaal. Een logistische regressie[24] wees uit dat ook deze toekomstschaal bijdroeg aan de correcte 'voorspelling' van het wel of niet uitgestroomd zijn van de tbs-patiënt in kwestie. Dit vormt een aanwijzing dat men bij de beslissing om een zedendelinquent wel of niet te laten uitstromen, niet alleen rekening houdt met historische gegevenheden maar ook met de ontwikkeling van de zedendelinquent gedurende de behandeling.

IV.5.3. Langverblijvende tbs-gestelden met gering perspectief op door- of uitstroom

In paragraaf IV.4.2 is aan de orde geweest dat voor bijna 80% van de langverblijvende tbs-gestelden voor wie de betreffende vraag is ingevuld geldt dat zij of onlangs hoger verlof hebben gekregen of dat er een verlofaanvraag onderweg is of dat deze binnenkort gaat plaatsvinden. Over blijft dan een groep van ruim 20% (n=18) voor wie het perspectief op hoger verlof dus uitermate beperkt is. Daarnaast werd in paragraaf IV.4.4 voor 24% (n= 19) van de langverblijvende tbs-gestelden gemeld dat zij waarschijnlijk niet binnen 4 jaar zullen uitstromen, dan wel dat het niet is te zeggen wanneer uit- of doorstroom bij hen zal kunnen plaatsvinden. Beide categorieën tezamen genomen is dit een groep van 30 afzonderlijke patiënten. Deze groep lijkt daarmee de 'harde kern' van de langverblijvende tbs-gestelden te vormen. Deze duiden wij in het vervolg aan als 'patiënten met gering uit- of doorstroomperspectief'. Van deze groep is onderzocht in welk opzicht zij verschillen van de andere langverblijvende tbs-gestelden. Op de eerste plaats is gekeken naar het recidiverisico. In tegenstelling tot de verwachting bleken patiënten met gering uit- of doorstroomperspectief geen verhoogde scores te hebben op de historische schalen van de HKT-30 en de HCR-20 vergeleken met de overige langverblijvende tbs-gestelden. De totaalscore van de PCL-R bleek zelfs significant lager te zijn[25], en zowel bijna significant lager op factor 1 (psychopathe persoonlijkheidstrekken)[26], als significant op factor 2 (instabiele en antisociale levensstijl)[27]. Gezien

[24] De subschalen correleren niet hoog met elkaar (R= 0.28 tot 0.34). Model 1 met alleen de subschaal Aanpassing was significant met een p= 0.000 en een Nagelkerke R^2 van 0.153. Toevoeging van de subschaal Seksuele delicten verbeterde de voorspelling niet, maar toevoeging van de Toekomst-subschaal wel. Nagelkerke's R^2 verhoogde tot 0.229. Wald-statistic voor SVR-aanpassing was 7.220, met een significantie van p=0.007, en de Wald-statistic voor de Toekomst-subschaal was 6.224 met een significantie van p= 0.012.

[25] De gemiddelde PCL-R totaalscores waren respectievelijk 16.7 versus 22.1 t(30) = -2.08, p = 0.046

[26] t(28) = 1.97, p = 0.058

het lage aantal PCL-R's (11 van de 30 patiënten met gering uit- of doorstroomperspectief) zijn hieruit moeilijk conclusies te trekken, maar er zijn dus aanwijzingen dat het recidiverisico *niet* hoger is dan dat van de andere langverblijvende tbs-gestelden.

Verdere vergelijkingen met patiënten met een redelijk verlofperspectief laten zien dat de patiënten met een gering uit-/doorstroomperspectief zich eveneens *niet* onderscheiden op basiskenmerken zoals type delict, diagnostische variabelen, etniciteit, ex-longstaystatus of niet, en leeftijdsvariabelen. Verder hebben zij geen ander huidig verlofniveau, en wordt hun risiconiveau door de behandelaars niet hoger ingeschat.

Waarin de groep met gering uit- of doorstroomperspectief zich wel onderscheidt is hun gedrag en houding in de kliniek, en het gebrek aan behandelperspectief dat men met hen ervaart. Dit blijkt uit verschillende gegevens. Op de eerste plaats komt dit naar voren bij de vragen waarom de patiënt geen hoger verlofniveau heeft (zie tabel 1 in paragraaf IV.4.2, op pagina 27).

Voor een ruime meerderheid van de tbs-patiënten met een gering perspectief op uit- of doorstroom is het antwoord dat ze een hoger verlofniveau niet aankunnen (72%), en dat het recidiverisico te hoog is voor hoger verlof (65%; voor de overigen is dat voor beide vragen respectievelijk 21% en 22%). Voor meer van hen dan voor de andere patiënten wordt voorts gezegd dat ze onvoldoende meewerken aan behandelingen. Op de tweede plaats heeft men ook in ander opzicht minder gunstige oordelen over de patiënten met weinig perspectief (zie tabel 2). Men denkt bijvoorbeeld vaker dat de patiënt qua behandeling aan zijn plafond zit. Opvallend is verder dat men slechts van twee van deze patiënten denkt dat zij in de toekomst, eventueel met hulp, in de maatschappij zullen kunnen functioneren tegenover 62% van de anderen (zie tabel 2).

De longstay als eindstation wordt echter voor slechts drie van de 30 patiënten (10%) met gering perspectief geschikt geacht. Verder blijkt de score op de schaal 'Houding ten opzichte van de behandeling' (zie bijlagen 1 en 2) voor patiënten met een gering uit- of doorstroomperspectief significant ongunstiger voor te zijn dan die van de andere patiënten[28]. Van de negen items in deze lijst werden er vier significant negatiever beantwoord voor de patiënten met weinig perspectief, namelijk *De patiënt heeft er vertrouwen in dat de tbs-behandeling voor hem kan werken, De patiënt zoekt uit zichzelf hulp en steun bij de sociotherapie, De patiënt werkt goed samen in de behandeling,* en *De patiënt erkent zijn recidiverisico*[29].

---

[27] $t(28) = -2.28$, $p = 0.031$

[28] Patiënten met een gering uit- of doorstroomperspectief scoren gemiddeld 22.6 (SD = 7.9) op deze schaal, de patiënten met een redelijk uit- of doorstroomperspectief gemiddeld 18.7 (SD = 5.9) $t = 2.24$, $p = 0.030$. Antwoorden op een 4-puntsschaal (1 t/m 4) ; een hogere score is ongunstiger.

[29] Significanties respectievelijk: $X^2(1) = 12.02$, $p=0.007$; $X^2(1) = 8.71$, $p=.033$; $X^2(1) = 10,7$, $p=.013$; $X^2(1) = 14.20$, $p=.003$.

Tabel 2. Verwachtingen omtrent langverblijvende patiënten met redelijk gering uit- of doorstoom perspectief vergeleken met de langverblijvende tbs-patiënten met een redelijk uit- of doorstroomperspectief[30]

Vraag	Gering uit- of doorstroom perspectief	Redelijk uit- of doorstroom perspectief	Totaal	Significantie
Patiënt zal langdurig toezicht en controle nodig hebben	100%	100%	100%	n.s.
Patiënt kan naar verwachting in toekomst terecht in een van de nu bestaande vervolgvoorzieningen	**53.8%**	**89.7%**	75.4%	$X^2(1)= 10.83$, p=0.001
Patiënt zit qua behandeling aan zijn plafond; alleen risicomanagement aan de orde	**85.2%**	**61.0%**	70.6%	$X^2(1)= 4.60$, p=0.032
Patiënt kan nog profiteren van medicatie en behandeling	31.0%	53.8%	44.1%	n.s.
Patiënt zal in de toekomst ws in de maatschappij kunnen functioneren. evt. met hulp	**6.9%**	**61.5%**	38.2%	$X^2(1)= 21.03$, p=0.000
Patiënt zal langdurig een hoge mate van beveiliging nodig hebben	23.1%	4.2%	14.0%	n.s.

Naar aanleiding van de uitkomsten op deze schaal ‘Houding ten opzichte van de behandeling’ is onderzocht wat de scores zijn op de klinische items van de HCR-20, en de HKT-30. De klinische items betreffen gedrag en houding tijdens de behandeling gezien over het laatste voorafgaande jaar. De gegevens hiervan zijn afkomstig uit eerdere jaren, de meeste uit 2010. Op deze items zien we op de klinische schaal van de HCR-20 een ongunstiger score voor de patiënten met weinig perspectief[31]. Het is dus mogelijk dat houding en gedrag van deze groep reeds gedurende langere tijd een probleem vormen voor de behandeling.

IV. 6 Oplossingen volgens de behandelaren

Aan de behandelaren is gevraagd welke oplossingen zij voorstellen voor langdurige tbs-patiënten. Van sommige patiënten werd gesteld dat er niet per se een ‘oplossing’ zou hoeven komen. Het zou in hun geval volgens de behandelaren het beste zijn om de reguliere tbs te handhaven als de beste garantie voor continuïteit van zorg en toezicht. Verder is de grote meerderheid voorstander van het samen met de GGZ creëren van plaatsen. Verschillende

[30] Voor de patiënten met gering uit- of doorstroomperspectief geldt dat de n per vraag varieert tussen de 30 en 22; voor patiënten met een redelijk uit- of doorstroomperspectief varieert de n tussen 43 en 33; n.b. Items die in totaal minder vaak dan 10% in totaal met ‘ja’ beantwoord zijn, zijn hier weggelaten.

[31] $t = 2.89$, $p = 0.006$

behandelaars merken daarbij op dat de GGZ meer mogelijkheden heeft om patiënten te resocialiseren, maar onvoldoende gericht is op risicomanagement, wat bij dit soort patiënt juist wel noodzakelijk is. Een van de behandelaren verwoordde dit als volgt: "bij TBS patiënten is het vaak een kwestie van heel strikt, nauwgezet controleren, mensen deels inperken in hun vrijheden en dat verhoudt zich slecht tot de algemene werkwijze binnen de GGZ."

Andere citaten uit de opmerkingen hierover:

De TBS maatregel zou er voor risicomanagement en delictherhaling op moeten blijven, maar kan onder een andere 'naam'. Er zijn voorzieningen nodig die cliënten kunnen opnemen met een delictrisico (waarbij de delictfactoren ook na behandeling aanwezig blijven) en er voldoende risicomanagement geboden kan worden (bv. structuur, toezicht, begeleiding, mate van ge/beslotenheid, etc.). Sommige cliënten kunnen best onbegeleid verlof uitvoeren bijvoorbeeld, terwijl er wel een risico op delictherhaling is als er onvoldoende toezicht/controle is in de woonsituatie.

Voor de populatie tbs-gestelden met verstandelijke beperking merk ik steeds vaker dat de TBS-titel een te zware en vooral te dure maatregel is. Een Rechterlijke Machtiging is vaak niet haalbaar. Een andere beschermende maatregel toegespitst op risicomanagement met meer mogelijkheden zou een waardevolle aanvulling zijn op het TBS-systeem.

- Bij een (voorwaardelijke) beëindiging van de tbs-maatregel is het meerdere malen voorgekomen dat het regelen van het benodig zorgniveau (middels CIZ-indicatie) niet is gelukt. Patiënt wordt ingeschaald op een lager CIZ-niveau waardoor er minder geld beschikbaar is en niet de benodigde zorg/begeleiding geboden kan worden. De vervolgvoorziening die wij op het oog hadden, kan dan de overplaatsing niet vormgeven, wat het resocialisatieproces belemmert.

Bij het uitplaatsen van tbs-patiënten lopen wij tegen de volgende punten aan:
- bij transmuraal verlof wordt er door de FPA/FPK/RIBW vaak een hoger dagtarief gevraagd dan wij gesubsidieerd krijgen van DJI.

- in GGZ-instelling heerst over het algemeen een andere cultuur, gaan meer uit van zelfstandigheid van de patiënt, terwijl forensische patiënten daar vaak niet bij gebaat zijn (te veel vrijheden leidt vaak tot veel onduidelijkheden waardoor spanningen toenemen en de patiënt ontregelt). Mogelijk gaat het hier ook om een gebrek aan kennis/expertise.

- Bij een (voorwaardelijke) beëindiging van de tbs-maatregel is het meerdere malen voorgekomen dat het regelen van het benodig zorgniveau (middels CIZ-indicatie) niet is gelukt. Patiënt wordt ingeschaald op een

lager CIZ-niveau waardoor er minder geld beschikbaar is en niet de benodigde zorg/begeleiding geboden kan worden. De vervolgvoorziening die wij op het oog hadden, kan dan de overplaatsing niet vormgeven, wat het resocialisatieproces belemmert.

Verschillende patiënten van mijn unit - vooral patiënten die seksuele delicten hebben gepleegd - kunnen vanwege de recidiverisico's niet in de maatschappij functioneren, maar het hoge beveiligingsniveau van de Longstay is niet nodig. Intensief forensisch toezicht, controle en steun zouden ook in een, vooralsnog ontbrekende, Longcare voorziening vormgegeven kunnen worden. Vanwege ontbrekend alternatief vindt soms toch Longstay aanmelding plaats.

Langdurig tbs-gestelden die niet direct recidivegevaarlijk zijn, maar wel voortdurend begeleiding en toezicht nodig hebben zouden in een voorziening terecht moeten komen die onder de gezamenlijke verantwoording valt van een reguliere GGZ instelling in samenwerking met de inzendende FPC.

Er is een wachtlijst voor de setting waar patiënt is aangemeld.

Ik ben voorstander van longcare afdelingen, speciaal voor dit type cliënten. Deze cliënten hebben veel toezicht en controle nodig (dus intensieve begeleiding) en een laag beveiligingsniveau met eventueel mogelijkheden tot verlof (die op de cliënt is afgestemd). Het risicomanagement welke de instelling biedt moet langdurig gehandhaafd blijven en is moeilijk over te zetten naar een andere instelling. Voor cliënten met een lichte verstandelijke beperking is de GGZ vaak niet passend. Voor enkele cliënten is het blijkbaar nodig dat ze blijvend verblijven op het terrein, omdat onduidelijkheid over het perspectief al veel ontregeling teweeg brengen. Een optie zou ook een andere vorm van juridische maatregel kunnen zijn. Het is belangrijk dat deze maatregel de cliënt wel langdurig extern kan beperken (en dus niet aflopend is zoals de voorwaardelijke beëindiging. Belangrijk is dat bij deze andere maatregel, de kliniek verantwoordelijk moet kunnen blijven (geen tussenpersonen, dit geeft onduidelijkheid). Tevens zou er een betere afstemming tussen de VB sector en de forensische sector moeten zijn qua mogelijkheid tot uitvoering en expertise op het gebied van risicomanagement. Dit geldt dan ook voor de indicaties, omdat indicaties (geld) van belang zijn voor de juiste begeleidingsintensiteit om recidive te voorkomen.

Tbs-gestelden die blijvend delictgevaarlijk zijn vanuit psychose zijn blijvend aangewezen op gedwongen behandeling en toezicht. Eechter hiervoor is vaak niet langer de inbreng van de huidige tbs-kliniek noodzakelijk, noch is de strenge wetgeving en verloftoetsing noodzakelijk. Een forensische RM zou hiervoor aansluitend op de tbs-maatregel door de rechtbank opgelegd kunnen worden.

Client was aangemeld voor een reguliere GGz gesloten afdeling, maar kon uiteindelijk geen doorgang vinden vanwege afbouw klinische bedden binnen die GGz afdeling. Er is een tekort aan plaatsen.

Er is in het land veel angst en onbegrip ten aanzien van deze populatie. Ik denk daarom dat er veel gedaan moet worden om het negatieve stigma van deze patiënten weg te halen. Daarnaast is het van belang dat er de juiste zorg geboden wordt, vaak gaat het om een begeleide woonvorm waar iemand direct ingebed dient te kunnen worden vanuit de FPC. Dit kan opgericht worden door de FPC, maar wellicht ook in samenwerking met GGZ.

IV.7 Expertmeeting

Bij de expertmeeting waren vertegenwoordigers aanwezig van de Directie Forensische zorg (DForZo), de zittende magistratuur, de reclassering, het Landelijke Adviescollege Plaatsingen (LAP), het Openbaar Ministerie, GGZ-Nederland, het Ministerie van Veiligheid en Justitie, het Forensisch Netwerk, de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), het Wetenschappelijk Onderzoeks- en documentatiecentrum van het Ministerie van Veiligheid en Justitie (WODC) en het Landelijk Beraad hoogst inhoudelijk verantwoordelijken van de FPC's (LBHIV).
De aanwezigen hebben aan de hand van een aantal stellingen gereflecteerd op knelpunten en mogelijke oplossingen voor de problematiek van de langverblijvende tbs-patiënten.
In de discussie was overeenstemming over het feit dat het om een zeer moeilijke doelgroep gaat waarvan het noodzakelijk is dat hij lang en intensief, en met dwingend toezicht, wordt gevolgd. Het gaat voor een deel om een cohortprobleem. In de jaren 90 was de tbs 'populairder' dan de laatste jaren. Langverblijvenden hebben waarschijnlijk weinig of geen baat meer bij psychiatrische behandeling, maar men dient ze door toezicht en structuur stabiel te houden. De nieuwe wet Langdurig Toezicht maakt langdurig en dwingend toezicht mogelijk. Er is de laatste jaren bovendien een waaier van voorzieningen voor deze groep geschapen, waarvan mogelijk niet alle belanghebbenden voldoende op de hoogte zijn, en de indruk is dat de door- en uitstroom van langdurige tbs-patiënten toeneemt. Wel is de 'cultuurkloof' die behandelaren in de onderhavige studie signaleren tussen de GGZ en de forensische zorg in veel gevallen een probleem, alsmede de kloof tussen de civielrechtelijke en strafrechtelijke rechtspleging. Een Rechterlijke Maatregel (RM) wordt bijvoorbeeld in de forensische zorg vaak als noodzakelijk en voor de handliggend gezien, terwijl dit voor de GGZ een 'ultimum remedium' is. Een (civielrechtelijke) rechter heeft de neiging een RM op te heffen, omdat het goed gaat, terwijl het dan juist goed gaat *dankzij* die RM, aldus aanwezigen op de expertmeeting. Ook werd gezegd dat er in de patiëntenverenigingen in de GGz weerstand lijkt te bestaan tegen het opnemen van (ex-)tbs-patiënten in de GGz, aangezien men dit niet gunstig acht voor het imago van de psychiatrische patiënt. Een probleem is voorts de forse beddenreductie die GGz momenteel moet uitvoeren, die haaks staat op het opnemen van meer patiënten uit de tbs aangezien zij in veel gevallen zeer langdurig een opnameplaats nodig hebben. Verder is het bij uit- en doorstroom in verband met de financiering van de zorg van groot belang dat de juiste ZZP(zorg)-zwaarte wordt geïndiceerd. Dit gaat volgens de behandelaren (in deze studie)

soms mis, maar dit is volgens een aantal deelnemers aan de expertmeeting een kwestie van goed uitleggen en toelichten.
Als concrete aanbeveling kwam uit de discussie naar voren dat er maatwerk per casus voor deze groep zou behoren te komen. Een adviesraad met personen die niet verbonden zijn aan de huidige kliniek, zou dan per geval kunnen adviseren wat er met een langdurige tbs-patiënt zou kunnen gebeuren en wat de beste verblijfplaats voor hem zou kunnen zijn.

V. Discussie en conclusie

V.1 Beknopte beantwoording van de onderzoeksvragen

Patiënten die langer dan 15 jaar op een tbs-behandelplaats verblijven zijn mannen van rond de 50 jaar met meestal een Nederlandse etniciteit, die gemiddeld op hun 30e levensjaar, 5 jaar jonger dan andere groepen (ex-)tbs'ers, in de tbs zijn ingestroomd. Gemiddeld verblijven zij nu reeds bijna 20 jaar in de tbs. Langverblijvende tbs'ers zijn drie jaar jonger als zij –rond het 21^{e} jaar- voor het eerst tot een vrijheidsbenemende straf worden veroordeeld, in vergelijking met patiënten die de laatste 4,5 jaar voor het moment van onderzoek zijn uitgestroomd. Voorts zijn de helft van de langverblijvende tbs-gestelden seksueel delinquenten en bij vier op de tien langverblijvende tbs-patiënten is er volgens de behandelaren sprake van een verstandelijke beperking.
Zoals verwacht, scoren langverblijvende tbs-gestelden hoger op metingen van het basisrecidiverisico dan uitgestroomde tbs-patiënten, en ook, maar in minder mate, hoger dan de vergelijkingsgroep van tbs-patiënten die vijf tot tien jaar in tbs-behandeling zijn. De verwachting dat zij lager zouden scoren op recidiverisico dan longstay-patiënten bleek alleen uit te komen voor de seksueel delinquenten onder de langverblijvende tbs-gestelden.

In tegenstelling tot werd verwacht wijken de langverblijvende tbs-gestelden qua diagnostische gegevens niet in sterke mate af van de vergelijkingsgroep van tbs-gestelden die vijf tot tien jaar in de tbs verkeren. Ook qua (door behandelaren) ingeschat risiconiveau en met betrekking tot huidig verlofniveau zijn er geen significante verschillen. Langverblijvende tbs-gestelden hebben voorts een wisselvallige tbs-carrière achter de rug. Meer dan een kwart (28%) heeft in vijf of meer klinieken gezeten en bij ruim 40% is een eerdere verlofmarge ingetrokken, wat in de helft van die gevallen terugplaatsing binnen de muren van de tbs-kliniek betekende. Qua gedrag en houding in de kliniek (incidenten, meewerken aan behandeling, et cetera) lijken langverblijvende tbs-gestelden in de afgelopen periode echter niet duidelijk problematischer dan de vergelijkingsgroep van patiënten die vijf tot tien jaar in tbs-behandeling zijn.

De behandelaren zijn ondanks de lange behandelduur optimistisch over de door- en uitstroommogelijkheden van de langverblijvenden. Ze verwachten voor bijna 80% van hen een volgende verlofstap te kunnen maken in één á twee jaar. Iets meer dan driekwart kan volgens hen terecht in een bestaande voorziening, vooral een FPA/FPK of (forensische) RIBW. Langdurig toezicht en controle zullen alle langverblijvende tbs-gestelden daarbij nodig blijven hebben, maar een hoge mate van beveiliging is volgens de behandelaren voor slechts 17% noodzakelijk.

Uit bovenstaande komt naar voren dat, over de gehele groep gezien, de langverblijvende tbs-gestelden zich niet in veel opzichten onderscheiden van de vergelijkingsgroep van patiënten die vijf tot tien jaar in tbs-behandeling zijn. De indeling in – elkaar deels overlappende – subgroepen geeft echter een meer genuanceerd beeld. Zo heeft bijna de helft van de langverblijvende tbs-gestelden eerder een longstay-status gehad (n=36). Deze ex-longstay-patiënten laten, zoals te verwachten is, gemiddeld minder psychiatrische problematiek (op As-I) zien dan langverblijvenden die niet eerder een longstayplaats hebben gehad. De hypothese dat langverblijvende tbs-patiënten ernstiger (As-I) psychiatrische problematiek vertonen dan de meer gemiddelde tbs-patiënt lijkt dus alleen uit te komen voor degenen die continu een reguliere behandelplaats hebben bezet. Daarnaast lijken de ex-longstay-patiënten onder de langverblijvende tbs-patiënten, zoals verwacht, meer antisociale kenmerken te hebben. Zij zijn namelijk op lagere leeftijd voor het eerst veroordeeld, scoren hoger op recidiverisico, en hun kansen op beëindiging van tbs worden lager geacht. Ook het onderscheid naar type delict lijkt relevant. Langverblijvende seksueel delinquenten (n=36) zijn zelden chronisch psychotisch, zijn bijna voor de helft zwakbegaafd, en veroorzaken minder incidenten in de kliniek dan niet-seksueel delinquenten. Hoewel in de interviews bij aanvang van het onderzoek werd gezegd dat het vaak moeilijk is seksueel delinquenten te laten doorstromen, blijkt uit de gegevens van de door de behandelaren ingevulde vragenlijsten dat ze even vaak in vervolgvoorzieningen terecht kunnen als andere langverblijvenden. Wel wordt er relatief vaak, in een derde van de gevallen, gedacht dat ze in de longstay terecht zullen komen. Voor wat betreft het recidiverisico van seksueel delinquenten kwam er een aantal specifieke zaken naar voren. Voor hen scoort men de gebruikelijke risicotaxatie-instrumenten, PCL-R, HKT-30 of HCR-20. Hierop (dit wil zeggen op de historische schalen hiervan) verschilden zij niet van andere langverblijvende tbs-gestelden. Daarnaast bestaat er voor seksueel delinquenten een specifiek verplicht risicotaxatie-instrument, de SVR-20. Dit instrument behoort echter volgens recent onderzoek tot de minder goede voorspellers van recidiverisico (Smid et al. 2014). Opvallend is dat de SVR-20 scores in het huidige onderzoek sterker bleken samen te hangen met het al dan niet uitgestroomd zijn van de seksuele delinquenten dan de scores op de risicotaxatie-instrumenten die voor niet-seksueel delinquenten in gebruik zijn. Dit kan betekenen dat men zich bij seksueel delinquenten meer dan bij tbs-patiënten die geen seksueel delict hebben gepleegd, bij beslissingen over uitstroom laat leiden door het historisch risico. Gezien ook de

oververtegenwoordiging van seksueel delinquenten onder de langverblijvende tbs-gestelden, is dit een aanwijzing dat men met de uitstroom van seksueel delinquenten zeer voorzichtig is. Patiënten met een gering uit-/doorstroomperspectief (n=30), tenslotte, lijken met name wat betreft hun houding ten opzichte van de behandeling negatiever te worden ingeschat door hun behandelaren.

Voor wat betreft oplossingen suggereert een meerderheid van de behandelaren het creëren van (longcare-) plaatsen in samenwerking met de GGz. Vanuit de expertmeeting kwam de suggestie om een adviesgroep van deskundigen niet verbonden aan de huidige kliniek op casusniveau een oplossing te laten adviseren.

V.2 Sterke en zwakke punten van het onderzoek

De resultaten van deze studie dienen met terughoudendheid geïnterpreteerd te worden. Weliswaar was de response van de kant van de behandelaren behoorlijk goed (voor 81% van de langverblijvenden is een vragenlijst ingevuld, en voor 69% van de vergelijkingsgroep), maar er waren wat ontbrekende data. Ook dient men in het oog te houden dat de gegevens uit de vragenlijsten de opvattingen van de behandelverantwoordelijke over de patiënt weergeven, en niet per se de objectieve stand van zaken noch de opvattingen van de patiënt zelf. Verder waren er ook in de MITS-gegevens en in die van de landelijke database risicotaxatie (LDR) ontbrekende data. Er zijn echter geen aanwijzingen dat er hier van een selectie-effect sprake zou zijn.

Verder kan men de hoeveelheid analyses als een probleem zien. Dit was vooral het gevolg van de indeling in –deels overlappende- subgroepen. Toch werd de keus gemaakt om op klinisch relevante criteria, namelijk delicttype, wel of geen ex-longstay-status en vooruitzichten op door- en uitstroom uit de tbs, subgroepen te onderscheiden. Dit maakte het mogelijk een meer genuanceerd beeld van de heterogene groep van langverblijvende tbs-gestelden te geven. Nadeel hiervan is dat er een groot aantal statistische vergelijkingen uitgevoerd werden waardoor de kans op toevallig significante bevindingen groter werd. De resultaten van de analyses dienen dan ook als hypothesen te worden opgevat.

Een sterk punt van het onderzoek was het feit dat er data uit meerdere bronnen konden worden gebruikt, en dat er verschillende vergelijkingsgroepen in betrokken werden. Zo was het mogelijk om verschillen tussen de langverblijvenden en andere categorieën tbs-patiënten redelijk inzichtelijk te maken.

Een opmerking met betrekking tot de groep ex-longstay-patiënten onder de langverblijvende tbs-patiënten is voorts op zijn plaats. Het is mogelijk dat deze groep niet helemaal exact is vastgesteld. Ex-longstay-patiënten zijn patiënten die eerder een longstay-status hadden, en bij een herbeoordeling geschikt geacht zijn om terug te keren naar een behandelplek (Reitsma et al. 2013).

De beheerders van MITS gaven aan dat de registratie in MITS van deze groep mogelijk niet helemaal betrouwbaar is. Om deze groep te identificeren is een combinatie gemaakt van de patiënten die volgens MITS ex-longstay zijn, plus de patiënten van wie de behandelaren aangaven dat zij onlangs uit de longstay waren teruggekeerd.

V.3 Overige discussiepunten

Risicotaxatiescores en instrumenten.

Van 13% van alle patiënten waren geen risicotaxatiescores aanwezig. Van de longstay-patiënten was dit ruim 20%. Het EFP wees met betrekking tot het relatief hoge percentage onder longstay-patiënten erop dat de tbs-klinieken de gegevens van deze soms al langer doorgestroomde patiënten niet meer beschikbaar hadden in het jaar 2010, toen het EFP de risicotaxatiegegevens (met terugwerkende kracht) opvroeg.

Van 75 patiënten was zowel een HCR-20 als een HKT-30 in de LDR aanwezig. De correlatie tussen de H-schalen van deze instrumenten was 0.79. Deze correlatie werd hoog genoeg geacht om een gecombineerde Z-waarde van deze schalen te berekenen. De power in de berekeningen was hierdoor door de grotere gezamenlijke n hoger. De correlaties tussen de klinische schalen (K/C-) en de toekomst/risicomanagement (T/R-) schalen van de instrumenten waren veel lager, namelijk 0.31 ($p=0.006$) en 0.13 (n.s.). Deze schalen waren op verschillende momenten in de behandeling en waarschijnlijk ook door verschillende personen afgenomen, wat kan verklaren waarom de correlaties niet heel hoog waren. Niettemin doet dit toch vermoeden dat de dynamische schalen van de HCR-20 en de HKT-30 deels verschillende zaken meten.

Seksueel delinquenten

Zoals vermeld is de vergelijkingsgroep van patiënten die vijf tot tien jaar in tbs-behandeling zijn gestratificeerd op percentage seksueel delinquenten, omdat er ongeveer tweemaal zoveel seksueel delinquenten onder langverblijvenden zijn als onder uitgestroomde patiënten. De vraag kan gesteld worden of het grote aantal seksueel delinquenten onder de langverblijvenden een cohort-effect is, dit wil zeggen kan zijn veroorzaak doordat er in die jaren 90 - waarin bijna alle langverblijvende tbs-gestelden in de tbs zijn opgenomen - relatief veel seksueel delinquenten tot tbs werden veroordeeld. Dit lijkt echter niet het geval: op 1 januari 2000 was slechts 29% van de tbs-patiënten een zedendelinquent (van Emmerik, 2001). Ook vergeleken met het oorspronkelijke cohort van patiënten die indertijd in de tbs zijn opgenomen zijn zedendelinquenten dus oververtegenwoordigd onder de langverblijvenden en ondervertegenwoordigd onder de uitstromers.

Opvallend was voorts dat alle scores op basisrisico hogere effectgroottes hebben voor seksueel delinquenten dan voor niet-seksueel delinquenten. Vooral de totaalscore op de SVR-20 ‘voorspelt’ in

belangrijke mate of een seksueel delinquent wel of niet uitgestroomd is. De SVR-20 bestaat op twee items na uit historische items. Kennelijk vaart men bij de beslissing om de tbs wel of niet te beëindigen bij seksueel delinquenten sterk op het basisrisico. Men houdt echter, zo kwam naar voren in een logistische regressie, ook rekening met dynamische items van de SVR-20: *Ontbreken van realistische plannen*, en *Negatieve houding ten opzichte van behandeling*. Recent zijn er mogelijk betere risicotaxatie-instrumenten beschikbaar gekomen, die meer dynamische items bevatten, bijvoorbeeld de Stable 2000 (Eher, Rettenberger, Gaunersdorfer, Haubner-MacLean, Matthes, et al.,2013; Hanson & Harris, 2001). Veranderingen in dynamisch risico kunnen daarmee wellicht beter gemeten worden, en wellicht kan dit ook de door- en uitstroom bevorderen.

Patiënten met gering perspectief op uitstroom uit tbs of doorstroom naar longstay.

Het is opvallend dat de behandelaren de toekomst van een groot deel van de langverblijvende tbs-gestelden, die gemiddeld al bijna 20 jaar in de tbs verkeren, wat betreft doorstroommogelijkheden toch optimistisch inschatten. Er is echter wel een groep van 30 patiënten (van de 79) van wie de vooruitzichten op uit- of doorstroom uitermate gering lijken te zijn. Gezien het feit dat voor zo'n 80% van de groep langverblijvende tbs-gestelden de vragenlijsten zijn beantwoord, waarbij er 4 missende waarden waren, gaat het over de hele groep langverblijvende tbs-gestelden waarschijnlijk om 35 á 40 patiënten. Omdat ze gemiddeld genomen geen hoge score op de PCL-R hebben en geen hoog basisrisico voor recidive komen zij wellicht niet snel in aanmerking voor longstay, of is besloten dat zij uit de longstay kunnen terugkeren naar een behandelplaats (voor de helft van hen is dit het geval geweest). Maar uitstroom naar GGZ-voorzieningen, waar het risicomanagement dreigt tekort te schieten, brengt in de ogen van een aantal behandelaren risico's met zich mee, onder andere doordat deze patiënten gemiddeld een negatievere houding hebben ten opzichte van de behandeling en zelf hun recidiverisico niet erkennen.

Vervolgvoorzieningen en oplossingen

De behandelaren stellen voor alle langverblijvende tbs-gestelden voor wie deze vraag is ingevuld dat zij langdurig toezicht en controle nodig zullen hebben. Een hoge mate van beveiliging wordt echter in 17 % van de gevallen nodig geacht. Voor bijna een kwart denkt men dat er geen geschikte vervolgvoorziening voorhanden is. De belangrijkste reden waarom men dit veronderstelt is dat er onvoldoende kennis van en aandacht voor risicomanagement aanwezig zou zijn in de bestaande (GGz-)vervolgvoorzieningen. De grote meerderheid is daarom voorstander van het samen met de GGz creëren van longcareplaatsen. In de expertmeeting werd opgemerkt dat er de afgelopen jaren een 'waaier van voorzieningen' geschapen is voor (langdurige) tbs- patiënten. Als concrete aanbeveling kwam in de expertmeeting naar voren dat er maatwerk per casus voor deze groep zou kunnen komen. Een adviesraad met personen die niet verbonden zijn aan de huidige kliniek, zou dan

per geval kunnen beoordelen wat er met een langdurige tbs-patiënt zou kunnen gebeuren en wat de beste verblijfplaats voor hem zou kunnen zijn.

Oorzaken van de lange duur van tbs

Op grond van dit onderzoek is het slechts mogelijk speculatief mogelijke oorzaken van de lange duur van de tbs voor een aantal patiënten aan te geven.

Een factor die waarschijnlijk een rol zal spelen in de lange verblijfsduur is de wisselvallige 'tbs-carrière' van veel van de langverblijvende tbs-patiënten. Meer dan een kwart (28%) van de langverblijvende patiënten heeft in vijf of meer klinieken gezeten. In elke kliniek moet men weer beginnen met de patiënt te leren kennen, en doet men diagnostiek en risicotaxatie deels opnieuw. In de interviews noemde men dan ook de wisselingen van kliniek, maar ook wisselingen in afdeling door reorganisaties en wisseling van behandelaar alsmede wachtlijsten voor sommige behandelingen, als factoren die bijdragen aan een trage voortgang van de behandeling.

Voor een iets minder dan de helft van de langverblijvende patiënten geldt verder dat zij eerder een longstay-status hebben gehad. De jaren die een tbs-patiënt in de longstay heeft doorgebracht zijn niet op resocialisatie gericht en zijn dit in dat opzicht 'verloren' jaren. Als de ex-longstaypatiënt terug is op een behandelplek moet er opnieuw worden gestart met het resocialisatietraject. Het basisrisico van ex-longstaypatiënten is echter relatief hoog, zodat men bij deze patiënten voorzichtiger zal zijn met het toekennen van verlof en uiteindelijke uitstroom dan bij 'gemiddelde' tbs-patiënten. Het behoeft geen betoog dat deze zaken, indien uiteindelijk door- of uitstroming uit de tbs als doel wordt gezien, vertraging tot gevolg hebben. Wel is het aannemelijk dat de problematiek van de ex-longstaypatiënten onder de langverblijvende tbs-patiënten zich op den duur gedeeltelijk zal oplossen. Er zullen namelijk de komende tijd niet veel ex-longstaypatiënten bijkomen, gezien het feit dat het grootste deel van de longstay-patiënten nu is herbeoordeeld, het aantal longstay-patiënten aanzienlijk is afgenomen, en er weinig nieuwe gevallen meer bijkomen (Reitsma e. a. 2013).

De andere groep, de continu langverblijvende tbs-patiënten, vormt deels een ander probleem dan de ex-longstaypatiënten. Hun moeilijkheid lijkt onder meer te zijn dat ze in psychiatrisch opzicht ernstiger patiënten zijn dan de 'gemiddelde' tbs-patiënt. Met name wordt van een groot deel van hen gezegd dat ze zwakbegaafd, of psychotisch kwetsbaar zijn, of een combinatie van zwakbegaafdheid en psychoticisme hebben. Het is voorstelbaar dat de behandeling voor deze patiënten langer duurt en mogelijk ook minder effect zou kunnen sorteren dan bij anderen. In de interviews kwam naar voren dat vooral patiënten die zwakbegaafd zijn langzamer leren dan anderen; er is meer tijd nodig om nieuw gedrag in te slijpen. Aangezien het percentage zwakbegaafden onder de langverblijvende tbs-patënten volgens het huidige oordeel van de behandelaren hoger ligt dan destijds voor aanvang van de tbs in MITS werd gedocumenteerd, is het dus mogelijk dat men pas laat de diagnose zwakbegaafdheid heeft gesteld. In de interviews die betrekking hadden op

zwakbegaafde patiënten werd gezegd dat het voor een deel gaat om een categorie patiënten die zich in eerste instantie in de behandeling goed aanpast en normaal begaafd lijken te zijn. Pas in een later stadium kan blijken dat ze eigenlijk overvraagd worden, en dat ze een andere aanpak nodig hebben. Cognitieve beperkingen kunnen zich op verschillende gebieden manifesteren. De aanvangsdiagnostiek dient op dit gebied dan ook diepgaand te zijn. Ook psychotische stoornissen zijn wellicht in de aanvangsdiagnostiek ondergediagnosticeerd. Niet opgemerkt psychoticisme kan er eveneens toe leiden dat de behandeling niet aanslaat.

Tenslotte kan gesteld worden dat bij een subgroep van patiënten, met daarin ongeveer evenveel ex-longstaypatiënten als continu langverblijvende tbs-patiënten, een negatieve houding ten opzichte van de behandeling een factor is in de lange behandelduur. Deze patiënten hebben een negatieve houding tegenover de tbs en werken niet goed samen in de behandeling, volgens de behandelaren. Er zijn aanwijzingen dat dit reeds langere tijd het geval is. Het vastlopen van de behandeling vormt de belangrijkste reden voor het aanvragen van een longstay-status voor een patiënt (Reitsma e.a. 2013).

V.4. Conclusie

Uit deze studie komt naar voren dat de groep patiënten die langer dan 15 jaar in tbs-behandeling is heterogeen is qua delicttype, tbs-carrière en vooruitzichten op uit- of doorstroom. Hoewel al deze patiënten langdurig toezicht en controle nodig lijken te hebben, is een sterke beveiliging slechts voor een minderheid noodzakelijk. Voor het grootste deel van deze patiënten zijn er volgens de behandelaren en de geraadpleegde experts wel voldoende vervolgvoorzieningen aanwezig, waardoor door- of uitstroom binnen een termijn van twee jaar voor een groot deel mogelijk zou moeten zijn. Deze beweging lijkt ook in gang te zijn gezet getuige de verkorting van de behandelduur die reeds gaande is (Dienst Justitiële Inrichtingen, 2014). Voor de momenteel bestaande groep van langdurig tbs-gestelden valt een casusgerichte aanpak te overwegen waarin een externe adviesraad passende en verantwoorde vervolgtrajecten voor deze tbs-patiënten kan adviseren.

VI. Referenties

Boer, D.P.. Hart, S.D., Kropp, P.R., & Webster, C.D. (1997). SVR-20. *Richtlijnen voor het beoordelen van het risico van seksueel gewelddadig gedrag.* Nederlandse vertaling(2001): M. Hildebrand, C. de Ruiter, en D. van Beek.

Deutekom, C.M. van, & Koenraadt F. (2004). Het psychologisch onderzoek. *De persoon van de verdachte, de rapportage Pro justitia vanuit het Pieter Baan Centrum.* Deventer: Kluwer, 63-84.

Dienst Justitiële Inrichtingen, Ministerie van Veiligheid en Justitie (2013). *Masterplan DJI 2013 – 2018.* Den Haag: Dienst Justitiële Inrichtingen.

Dienst Justitiële Inrichtingen, Ministerie van Veiligheid en Justitie (2014). *Forensische Zorg in getal 2009 – 2013.* Den Haag, juli 2014.

Eher, R., Rettenberger, M., Gaunersdorfer, K., Haubner-MacLean, T., Matthes, A., Schilling, F., & Mokros, A. (2013). On the accuracy of the standardized risk assessment procedures Static-99 and Stable-2007 for sexual offenders released from detention. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, 7(4)*, 264-272.

Emmerik, J.L. van (2001). De terbeschikkingstelling in maat en getal. Een beschrijving van de tbs-populatie in de periode 1995-2000. Den Haag: Ministerie van Justitie. Dienst Justitiële Inrichtingen.

Hanson, R. K., & Harris, A. J. R. (2001). A structured approach to evaluating change among sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 13,* 105–122.

Hanson, R.K., & Morton-Bourgon, K.E. (2009). The accuracy of recidivism risk assessment for sexual offenders: a meta-analysis of 118 prediction studies, *Psychological Assessment, 21*, 1-21.

Hare, R. D. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised (2nd ed.)*. Toronto, ON: Multi-Health Systems.

Hildebrand, M., Hesper, B., Spreen, M. & Nijman, H.L.I. (2005). *De waarde van gestructureerde risicotaxatie en van de diagnose psychopathie: Een onderzoek naar de betrouwbaarheid en predictieve validiteit van de HCR-20, HKT-30 en PCL-R.* Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.

Leistico, A.R, Salekin, R. T., DeCoster, J., & Rogers, R. (2008). A large-scale meta-analysis relating the Hare measures of psychopathy to antisocial conduct. *Law and Human Behavior, 32(1)*, 28-45.

Nagtegaal, M.H., Horst, R.P. van der, Schönberger, H.J.M. (2011). *'Inzicht in de verblijfsduur van tbs-gestelden - Cijfers en mogelijke verklaringen'.* Den Haag: WODC.

Nagtegaal, M.H. (2013). Verkorten van de TBS-verblijfsduur: een weg uit de crisis?. *Justitiële verkenningen. Recente ontwikkelingen in de forensische zorg*, 39, 51- 68.

Quinsey, V.L., Harris, G.T., Rice, M.E., and Cormier, C.A. (2006). *Violent Offenders. Appraising and Managing Risk.* Washington DC: American Psychological Association.

Reitsma, J., Walberg, A., Jongebreur, W., Schrama, A. (2013). *Evaluatie beleidskader longstay. Differentiatie, herbeoordeling en verloftoets*. Barneveld: Significant.

Schönberger, H.J.M. Hildebrand, M, Spreen, M., en Bloem, O. (2008). *De waarde van gestructureerde risicotaxatie en van de diagnose psychopathie bij seksueel delinquenten.* Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.

Smid, W., Kamphuis, J.H., Wever, E.C., & Beek, D.J. van, (2014, in press) A comparison of the predictive properties of nine sex offender risk assessment instruments. *Psychological assessment*.

Vertommen, H., Verheul, R., Ruiter, C. de, & Hildebrand, M. (2002). *Handleiding bij de herziene versie van Hare's Psychopathic Checklist.* Lisse: Swets Test Publishers.

Vogel, V. de, Ruiter, C. de, Beek, D.J. van, & Mead, G. (2003). De waarde van gestructureerde risicotaxatie bij seksueel delinquenten. *MGV, 58*, 9-29.

Wartna, B. S. J. (2009). *In de oude fout. Over het meten van recidive en het vaststellen van het succes van strafrechtelijke interventies* (Academisch proefschrift). Den Haag: Boom Juridische Uitgevers.

Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D., & Hart, S.D. (1997). *HCR-20. Beoordelen van het risico op gewelddadig gedrag*. Nederlandse vertaling (2000): M. Philipse, C. de Ruiter, M. Hildebrand, en Y. Bouman.

Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie (2002). *Handleiding HKT-30, versie 2002*. Ministerie van Justitie: Dienst Justitiële Inrichtingen.

Bijlage 1

Vragenlijst voor behandelaars

N.B. De delen 1 en 5 worden zowel voor langverblijvende tbs-gestelden ingevuld als voor de vergelijkingsgroep van tbs'ers die 5 t/m 9 jaar in behandeling zijn.

Onderzoeksnummer:

1. De patiënt

Laatstgestelde DSM-IV-classificaties Meerdere antwoorden mogelijk	
1 As-I	○ Chronisch psychoticisme ○ Autisme Spectrum stoornis ○ ADHD ○ Verslaving ○ Overige (geef toelichting) ○ Geen diagnose op As-I
2. As-II	○ Persoonlijkheidsstoornis Cluster B ○ Persoonlijkheidsstoornis Cluster A ○ Persoonlijkheidsstoornis Cluster C ○ Persoonlijkheidsstoornis NAO ○ Zwakbegaafdheid ○ Geen diagnose op As-II
Nadere opmerkingen en toelichting (bijv. trekken van een persoonlijkheidsstoornis, impulscontrolestoornis, parafilie, ptss, seksuele deviatie, neuropsychologische schade, relevante v-codes)	. . . . . .
3. Zijn er communicatieproblemen met de patiënt door medische problemen of handicap?	○ Ja ○ Nee
4. Zijn er communicatieproblemen met de patiënt door diens gebrekkige beheersing van de Nederlandse taal?	○ Ja ○ Nee
5. Vindt u al met al de (psycho)pathologie van deze patiënt ernstiger dan die van de meeste andere tbs-patiënten?	○ Ja ○ Nee
6. Acht u de omschrijving 'zeer kwetsbare patiënt' op deze pt van toepassing?	○ Ja ○ Nee
7. Is de pt een ongewenst verklaarde	○ Ja

vreemdeling?	○ Nee
8. Indexdelict	○ Levensdelict ○ Ander geweldsdelict dan levensdelict ○ Brandstichting ○ Seksueel delict: ○ Ja/ nee Indien ja: ○ pedoseksueel delict met vrouwelijk slachtoffer ○ pedoseksueel delict met mannelijk slachtoffer ○ pedoseksueel delict met slachtoffers van beide seksen ○ seksueel delict, slachtoffer boven 16 jaar
9. IQ-score	. . . .
10. hoe groot acht u de kans op gewelddadige recidive als de pt nu zou terugkeren in de maatschappij?	1. laag 2. laag-matig 3. matig 4. matig-hoog 5. hoog
11. welke risicotaxatie-instrumenten zijn afgenomen bij de patiënt?	
12. Zijn de data van deze instrumenten in de LDR opgenomen?	
14. In hoeveel FPC's heeft de patiënt gezeten (inclusief huidige kliniek en eventueel selectie-instituut (MI)	. . . . .
8. Heeft de patiënt eerder een longstaystatus gehad?	○ Ja ○ Nee
8a. Indien ja: van wanneer tot wanneer?	. . . .
15. Huidig verlofniveau	○ geen verlof ○ begeleid verlof, ○ onbegeleid verlof, ○ transmuraal begeleid ○ transmuraal onbegeleid
16. Heeft de patiënt eerder een hoger verlofniveau gehad ?	○ Ja, nl begeleid / onbegeleid / transmuraal ○ Nee; ga verder naar vraag 19
17. Het eerdere hogere verlofniveau vond plaats:	○ In de huidige kliniek ○ In een of meer van de vorige klinieken ○ Beide
18. Waarom is de eerdere verlofmarge ingetrokken? (meerdere antwoorden mogelijk)	○ Overtreding van voorwaarden ○ Incidenten van de patiënt in de kliniek ○ Algemene intrekking van de verlofmarge ○ Vertrek naar longstay ○ Overige, namelijk:
19. Verwacht men binnen 1 à 2 jaar een volgende verlofstap te kunnen maken?	○ Ja ○ Nee

20. Wordt voorwaardelijke beëindiging voor deze patiënt overwogen?	○ Ja ○ Nee
21. Heeft de patiënt de laatste 2 jaar incidenten veroorzaakt?	○ Nee
	○ Ja, juridisch strafbaar gedrag (bijv. agressie, kinderporno, handel in verboden middelen) ○ Ja, regelovertredingen, maar geen strafbaar gedrag
22. Hoeveel incidenten van strafbare aard hebben zich voorgedaan?	○ 1-3 ○ Meer dan 3
23. Indien juridisch strafbare gedragingen : welke? Meerdere antwoorden mogelijk	○ Fysiek agressief t.o.v. personen ○ Ernstige bedreigingen ○ Betrapt met kinder- of agressieve porno ○ Handel in verboden middelen ○ Delict tijdens onttrekking ○ Anders, nl.:
24. Hoeveel regelovertredingen hebben zich voorgedaan?	○ 1-3 ○ Meer dan 3
25. Indien regelovertredingen : welke? Meerdere antwoorden mogelijk	○ Ongeoorloofde afwezigheid, onttrekking ○ Contrabande ○ Agressief t.o.v. zaken ○ Anders nl
26. Zijn de regelovertredingen naar uw mening gerelateerd aan het recidivegevaar?	○ Ja ○ Nee

2. Vraag 27: Waarom heeft de patiënt geen verlof/geen hoger verlofniveau?

1. Patiënt is onlangs naar een hogere verlofmarge gegaan	Ja / nee	onvoldoende info
2. Er is onlangs een verlofaanvraag gedaan, of dit gebeurt op korte termijn	Ja / nee	onvoldoende info
3. De kliniek kent de patiënt nog onvoldoende	Ja / nee	onvoldoende info
4. Patiënt kan hoger niveau qua functioneren niet aan	Ja / nee	onvoldoende info
5. Patiënt is toe aan verlof, maar het verlofbeleid is voor hem te streng	Ja / nee	onvoldoende info
6. Patiënt frustreert hoger niveau door incidenten	Ja / nee	onvoldoende info
7. Er is onvoldoende overeenstemming over voorwaarden/doelen met de patiënt	Ja / nee	onvoldoende info
8. Patiënt kan of wil niet voldoen aan de voorwaarden, bijv. (betrouwbaar) gebruik van medicatie	Ja / nee	onvoldoende info

9. Door wachtlijstproblemen komt (kwam) behandeling traag op gang	Ja / nee	onvoldoende info
10. Patiënt werkt onvoldoende mee aan behandelingen	Ja / nee	onvoldoende info
11. De patiënt laat te weinig van zichzelf zien om delictgevaar in te kunnen schatten (vermoeden van schijnaanpassing)	Ja / nee	onvoldoende info
12. Het recidiverisico is bij deze patiënt slecht in te schatten door de aard van het delict (bijv. relationeel delict of kinderdoding)	Ja / nee	onvoldoende info
13. Het recidiverisico wordt te hoog geacht voor een hoger verlofniveau	Ja / nee	onvoldoende info
14. Patiënt is ongewenst verklaard vreemdeling	Ja / nee	onvoldoende info
15. Voorwaardelijke beëindiging zou voor deze patiënt een betere optie zijn	Ja / nee	onvoldoende info

3. Vraag 28. Waarom heeft de patiënt geen longstaystatus?

1. De longstaystatus van de patiënt is onlangs opgeheven	Ja / nee	onvoldoende info
2. Eerdere aanvraag is afgewezen	Ja / nee	onvoldoende info
3. Longstay-aanvraag is in voorbereiding of reeds ingediend	Ja/nee	onvoldoende info
4. Longstaystatus niet geschikt voor deze patiënt in verband met het hoge beveiligingsniveau en de beperkte verlofmogelijkheden	Ja / nee	onvoldoende info
5. Patiënt voldoet niet aan de voorwaarden voor longstay (recidiverisico of/en delict niet ernstig genoeg)	Ja / nee	onvoldoende info
6. Longstay-aanvraag zou geschikt zijn, maar aanvraag wordt naar verwachting afgewezen	Ja / nee	onvoldoende info
7. De kliniek ziet nog perspectief in de behandeling	Ja / nee	onvoldoende info
8. De kliniek houdt het bed graag bezet	Ja / nee	onvoldoende info
9. Patiënt (advocaat) wil longstay voorkomen	Ja / nee	onvoldoende info
10. Patiënt komt als hij niet verbetert vermoedelijk toch in de longstay terecht	Ja/ nee	onvoldoende info

3. Verwachtingen/ perspectieven met betrekking tot de patiënt

29. De patiënt kan naar verwachting nog profiteren van behandelmodules en (andere) medicatie	Ja / nee	onvoldoende info
30. De patiënt zit qua behandeling aan zijn plafond; alleen risicomanagement is aan de orde	Ja / nee	onvoldoende info
31. De patiënt zal in de toekomst waarschijnlijk in de vrije maatschappij kunnen functioneren, eventueel met hulp	Ja / nee	onvoldoende info
32. De patiënt zal langdurig toezicht en controle nodig hebben	Ja / nee	onvoldoende info
33. De patiënt zal langdurig een hoge mate van beveiliging nodig hebben	Ja / nee	onvoldoende info
34. De patiënt kan naar verwachting in de toekomst terecht in een van de nu bestaande vervolgvoorzieningen	Ja / nee: ga verder met vraag 36	onvoldoende info: ga verder met vraag 37
35. Welke vervolgvoorziening is naar uw mening geschikt voor deze patiënt?		

36. De patiënt kan naar verwachting *niet* terecht in een van in de GGZ bestaande vervolgvoorzieningen, vanwege: (meerdere mogelijkheden)
○ Seksueel delict ○ Hoge score op psychopathie ○ Het tbs-label ○ Psychische problematiek is te heftig ○ De te verwachten agressie van de kant van de patiënt ○ Te weinig mogelijkheden om het risicomanagement vorm te kunnen geven ○ Tekort aan plaatsen ○ Anders, nl. (geef andere toelichting):
37. Hoelang zal naar verwachting de periode naar uit- (longstay, proefverlof) of doorstroom (andere forensische voorziening) voor deze patiënt duren?
○ Minder dan 2 jaar ○ 2-4 jaar ○ Meer dan 4 jaar ○ Niet te zeggen

5. Vraag 38: Houding ten opzichte van behandeling

Dit deel van de lijst wordt ingevuld voor de langverblijvende tbs-gestelden en de vergelijkingsgroep van 5- t/m 9 jaar in behandeling zijnden.

	Ja	Deels; meer ja dan nee	Deels; meer nee dan ja	Nee
1. De patiënt vindt het terecht dat hij tbs heeft				
2. De patiënt laat in de behandeling *voldoende* van zichzelf zien om zijn risiconiveau te kunnen inschatten				
3. De patiënt heeft *voldoend*e probleembesef				
4. De patiënt erkent zijn recidiverisico				
5. De patiënt weet wat hij moet doen om zijn recidiverisico te verminderen				
6. De patiënt werkt *voldoende* goed samen in de behandeling				
7. De patiënt zoekt uit zichzelf hulp en steun bij de sociotherapie				
8. Er is overeenstemming over de einddoelen van de tbs-behandeling met de patiënt				
9. De patiënt ontkent zijn delict				
10. De patiënt zit aan zijn plafond wat betreft zijn vermogen om nieuw gedrag te leren				
11. De patiënt lijkt er vertrouwen in te hebben dat de tbs-behandeling voor hem kan werken				

6. Algemeen gedeelte: mogelijke oplossingen voor langdurige tbs-patiënten

N.B. Deze vragen behoeft u slechts eenmaal te beantwoorden, dus ook als u voor meerdere patiënten lijsten invult.

1. Wat zou een oplossing zijn voor langdurige tbs-patiënten die niet in een bestaande voorziening terecht kunnen? (meerdere mogelijkheden)
○ De GGZ moet meer mogelijkheden creëren voor dit soort patiënten. ○ FPC's en GGZ moeten samenwerken om plaatsen te creëren voor deze patiënten. ○ FPC's moeten zelf plaatsen creëren ○ De longstay zou alle vormen van verlof moeten toestaan ○ De tbs-titel moet verdwijnen voor dit soort patiënten; er zou een speciale juridische titel moeten komen ○ Anders (zie vraag 2)
2. Wilt u hieronder svp uw antwoord toelichten?

Bijlage 2

Schaal ‘Houding ten opzichte van behandeling’

Voor het meten van de houding ten opzichte van de behandeling (zie bijlage 1, punt 5) werden 11 items geconstrueerd. Van de 11 vragen werd er één : *Patiënt ontkent delict*, verwijderd vanwege de beperkte verdeling van de antwoorden (slechts voor 3.8% van de patiënten werd dit bevestigend beantwoord). Op deze items werd een factoranalyse uitgevoerd. De factoranalyse leverde aanvankelijk twee factoren op, waarbij de tweede factor voornamelijk werd bepaald door het item*: Patiënt zit aan zijn plafond voor wat betreft het vermogen om nieuw gedrag te leren*. Na verwijdering van dit item bleef er één factor over. Deze verklaarde 58.4% van de variantie.

Dankwoord

Wij danken Erik Bulten en Noëmi Kwaks voor hun hulp en adviezen bij de opzet van het onderzoek. Het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP), in het bijzonder Gijs Bakkum, Lex van Rooy en Denise van Eeden, heeft zich ingespannen om ons de data van de landelijke database risicotaxatie aan te leveren. Cyril van Schijndel van het Ministerie van Justitie verdient daarnaast bijzondere dank voor het snel en zorgvuldig aanleveren van de gegevens van het Management Informatiesysteem voor de Tbs (MITS). Verder zijn wij de tientallen behandelaren in de Forensisch Psychiatrische Centra erkentelijk dat zij de tijd hebben genomen om vragenlijsten in te vullen voor het onderzoek. Onze dank gaat tenslotte uit naar de deelnemers aan de expertmeeting, Goof van Gemert (Directeur DForZo), Arie Uyterlinde (3 Reclasserings Organisaties (3RO), Robert Maanicus (zittende magistratuur), Rianne Kasander (GGZ Nederland), Jan Berndsen (forensisch netwerk), Hans Lensing (voorzitter LAP), Fleur Baeten (Openbaar Ministerie), Carsten Herstel (NIFP), Arno van Bergen (Ministerie van Veiligheid en Justitie), Sophie Koek (Dienst Justitiële Inrichtingen), Jelle Idenburg (Dienst Justitiële Inrichtingen), Essy van Dijk (WODC), Harry Beintema (LBHIV) en Tineke Stikker (GGZ Nederland).

Sylvia Lammers
Manouk Vrinten
Henk Nijman